

Les étudiantes finissantes francophones d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières: une étude de leur expérience avec la clientèle des personnes âgées dans le nord de l'Ontario.

par

Lynn Aubuchon

Thèse présentée pour répondre
à l'une des exigences de la
maîtrise ès sciences (MSc) en santé interdisciplinaire

Faculté des études supérieures
Université Laurentienne
Sudbury (Ontario) Canada

© Lynn Aubuchon, 2016

THESIS DEFENCE COMMITTEE/COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE

Laurentian Université/Université Laurentienne
Faculty of Graduate Studies/Faculté des études supérieures

Title of Thesis Titre de la thèse	Les étudiantes finissantes francophones d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières: une étude de leur expérience avec la clientèle des personnes âgées dans le nord de l'Ontario	
Name of Candidate Nom du candidat	Aubuchon, Lynn	
Degree Diplôme	Maitrise ès Science	
Department/Program Département/Programme	Santé interdisciplinaire	Date of Defence Date de la soutenance 19 avril 2016

APPROVED/APPROUVÉ

Thesis Examiners/Examineurs de thèse:

Mme. Anne Marise Lavoie
(Co-Supervisor/Co-Directeur(trice) de thèse)

Mme. Monique Benoit
(Co-supervisor/Co-directeur(trice) de thèse)

M. Georges Kpazai
(Committee member/Membre du comité)

Mme. Suzanne Harrison
(External Examiner/Examineur externe)

Approved for the Faculty of Graduate Studies
Approuvé pour la Faculté des études supérieures
Dr. David Lesbarrères
Monsieur David Lesbarrères
Dean, Faculty of Graduate Studies
Doyen, Faculté des études supérieures

CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS

Je, **Lynn Aubuchon**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver ma thèse ou mon rapport de projet et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur de la thèse ou du rapport de projet. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de ma thèse ou de mon rapport de projet. J'accepte en outre que la permission de reproduire cette thèse de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de cette thèse ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

RÉSUMÉ

Le but de cette thèse est de comprendre l'expérience des étudiantes francophones du nord de l'Ontario finissant un programme de baccalauréat en sciences infirmières avec la clientèle des personnes âgées pour saisir ce qui les retient à s'investir auprès de cette clientèle dans le milieu des soins de longue durée à la fin de leur formation. Le contexte actuel ne semble pas propice à y attirer les futures infirmières autorisées. Une approche phénoménologique, de type Giorgi, est utilisée pour analyser les propos recueillis lors d'entrevues individuelles semi-structurées auprès de six participantes. L'analyse des entrevues fait ressortir que les futures infirmières autorisées ayant participé à l'étude ont vécu une expérience majoritairement positive relativement à la clientèle des personnes âgées. Elles les affectionnent mais elles ne se sentent pas prêtes à travailler dans le milieu des soins de longue durée. Elles ne se sentent pas assez compétentes et expérimentées pour s'y aventurer.

Mots-clés : étudiante en sciences infirmières, personne âgée, compétence, expérience, formation, soins de longue durée

TABLE DES MATIÈRES

COMITÉ DE SOUTENANCE DE THÈSE	ii
RÉSUMÉ	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES	x
REMERCIEMENTS.....	xii
AVANT-PROPOS	xiv
CHAPITRE 1	1
Contexte des besoins en soins de santé aux personnes âgées	1
1.1 Le vieillissement de la population et l'impact sur l'offre de soins	1
1.1.1 Définition d'une personne âgée	3
1.1.2 Statistiques sur le vieillissement au Canada	4
1.1.3 Statistiques sur le vieillissement en Ontario	6
1.1.4 Statistiques sur le vieillissement pour le Nord-Est ontarien.....	7
1.2 Les soins de longue durée (SLD) en Ontario	8
1.2.1 Définition d'un milieu de SLD.....	8
1.2.2 Statistiques sur les milieux de SLD en Ontario	9
1.2.3 Clientèle des milieux de SLD	11
1.2.4 Critères d'admissibilité en SLD en Ontario	11

1.2.5 Besoins en soins de la personne âgée dans les SLD.....	14
1.2.6 Milieu de SLD et les besoins en infirmières autorisées.....	15
1.3 La problématique de recherche	18
1.3.1 Reconnaissance professionnelle des IA.....	21
1.3.2 Avancées technologiques	21
1.3.3 Pénurie des IA au Canada.....	22
1.3.3.1 Départs à la retraite des IA actuellement en poste	22
1.3.3.2 Étudiantes impliquées dans cette pénurie	24
1.3.3.3 Place de futures IA dans un tel contexte	26
1.4 Le but de cette recherche.....	28
1.4.1. Question de recherche	29
CHAPITRE 2	31
Cadres théorique et conceptuel	31
2.1 La compétence.....	33
2.1.1 Compétences en sciences infirmières	34
2.1.2 Différents savoirs de l'IA : selon la thèse de Benner	37
2.1.3 « Forces » une forme de compétence selon Gottlieb.....	48
2.1.4 Cadre conceptuel de l'organisation des compétences de l'OIIO	52
2.2 Les bases de l'expérience professionnelle	55
2.2.1 L'expérience théorique	56

2.2.2 L'expérience pratique	59
2.3 Les bases de l'expérience interprofessionnelle	63
CHAPITRE 3	67
Méthodologie	67
3.1 L'approche méthodologique	67
3.2 Le milieu, la population et l'échantillonnage	68
3.2.1 Échantillon	70
3.3 Le recrutement des participants	72
3.4 Les considérations éthiques	73
3.5 Le schéma d'entrevue	74
3.6 La collecte des données	75
3.7 Les analyses proposées	77
3.8 Les critères de rigueur scientifique	80
CHAPITRE 4	81
Analyse des données	81
4.1 Les attentes du marché du travail	82
4.1.1 L'importance d'avoir une bonne connaissance des techniques de soin	82
4.1.2 L'importance d'avoir une bonne communication avec le patient/client	83
4.1.3 Le devoir d'assurer la sécurité du patient/client et la peur d'y faillir	85
4.1.4 La poursuite de l'apprentissage grâce au milieu clinique	87
4.1.5 Les avantages perçus du milieu hospitalier	89

4.1.6 Les inconvénients perçus du milieu des SLD.....	91
4.2 L'influence de la formation.....	94
4.2.1 La poursuite de la formation en mode continu	94
4.2.2 L'utilisation d'une approche relationnelle.....	95
4.2.3 L'acquisition de la confiance par la prise d'expérience	97
4.3 L'expérience auprès des personnes âgées	97
4.3.1 La relation de respect avec les personnes âgées	98
4.3.2 L'accessibilité de la personne âgée	98
4.3.3 Les contacts avec les personnes âgées.....	100
4.3.4 Le défi de la clientèle avec des déficits cognitifs	100
4.4 La pénurie d'infirmières autorisées dans les milieux des SLD	101
4.4.1 L'incapacité de prendre le rôle de responsable de l'équipe de soins.....	101
4.4.2 Le manque d'attrait du milieu des SLD relié à un salaire moins compétitif .	102
CHAPITRE 5	103
Discussion	103
5.1 Compétence	104
5.2 Expérience.....	110
CONCLUSION	118
RÉFÉRENCES	124
Annexe I.....	142
Annexe II	143

Annexe III	146
Annexe IV	147

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Projection du ratio des personnes âgées de 65 ans et plus	2
Tableau 2 : Niveaux de l’outil MAPLe	13
Tableau 3 : Compétences selon Benner	41
Tableau 4 : Forces selon Gottlieb	50
Tableau 5 : Description du cadre conceptuel de compétences, OIIO	54
Tableau 6 : Domaines couverts par le baccalauréat en sciences infirmières	57
Tableau 7 : Profil de l’échantillon	71

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Population âgée de 14 ans et moins, 15 à 64 ans et de 65 ans et plus, observée (1921 à 2013) et projetée (2014 à 2063), selon les scénarios de croissance faible (L), moyenne (M1) et forte (H), Canada	5
Figure 2 : Population en valeurs absolues et relatives (pour 1 000), 2013 (observée) et 2063 (projetée) selon les scénarios de croissance faible (L), moyenne (M1) et forte (H), par âge et par sexe, Canada	6
Figure 3 : Population (en valeur relative), observée (2013) et projetée (2038) selon les scénarios sélectionnés, Ontario	7
Figure 4: Total d'heure/contact par résident par le personnel de soins total (PST) et par les infirmières autorisée (IA) selon quelques provinces canadiennes et états américains.....	17
Figure 5 : Cadre conceptuel de l'organisation des compétences de l'OIIO	53

*À ma belle grand-maman d'amour,
c'est grâce à votre amour inconditionnel
que je suis rendue ici et
j'espère que de là où vous êtes,
vous savez que je vous dois tout.*

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier en premier lieu ma famille. À mon merveilleux mari, Richard, je te dis merci pour ton soutien tout au long de cette longue période d'études. Sans toi, je n'aurais pas pu réaliser ce grand projet et aller au bout de mes rêves. Merci, d'être toujours là pour moi! À mes deux enfants d'amour, Fanny et Anthony, je vous remercie d'avoir compris que je vous aimais tout autant même si j'étais moins libre parfois. Vous m'avez donné la force de réaliser cette thèse, car c'est pour vous que je l'ai fait. Il n'est jamais trop tard pour réaliser ses rêves et je vous souhaite d'aller au bout des vôtres. Tous les trois, je vous aime tant!

En second lieu, je tiens à remercier mes codirectrices de thèse, Monique Benoit et Anne Marise Lavoie, des femmes extraordinaires, qui ont été de grandes sources d'inspiration. Merci pour votre générosité et votre aide constante! Malgré bien des surprises de la vie, nous y sommes parvenues toutes les trois en équipe! Je veux aussi remercier Georges Kpazaï, membre de mon comité, pour ses judicieux et précieux conseils en tant que vérificateur interne. Merci également à Suzanne Harrison, de l'Université de Moncton, qui avec son œil d'examinatrice externe a permis d'améliorer la qualité de ce travail. J'ai beaucoup apprécié l'apport de chacun d'entre vous.

Il est évident que sans la participation des six étudiantes finissantes du programme de baccalauréat en sciences infirmières, cette recherche n'aurait pas pu se réaliser. Je vous remercie, à chacune d'entre vous, d'avoir cru en moi et dans l'importance de partager votre vécu afin de faire avancer les connaissances dans ce domaine. Merci de m'avoir

fait confiance et de vous être ouverte à moi. Je tiens aussi à souligner l'apport tout particulier de madame Danielle Rocheleau, qui était alors secrétaire de l'École des sciences infirmières, pour son aide dans le processus de recrutement des participantes.

Merci, Danielle, pour ta gentillesse et ton appui!

Pour terminer, je ne saurais passer sous silence le soutien continu de plusieurs personnes importantes dans ma vie : ma grande famille, mes amis et mes collègues de travail. Grâce à vos encouragements soutenus, vous m'avez permis de poursuivre et d'atteindre mon but à travers les différentes embûches rencontrées. Je ne peux que vous dire mille fois merci d'être dans ma vie vous tous!

AVANT-PROPOS

Avec le vieillissement et l'augmentation de la population que notre société connaît, il devrait y avoir de plus en plus d'emplois disponibles aux infirmières dans les milieux de soins de longue durée afin de bien répondre aux besoins de santé de cette clientèle fragile et démunie. Est-ce que les futures infirmières autorisées (IA) développeront le goût de travailler dans ces milieux afin de garantir des soins de qualité à nos aînés? Je m'inquiète de savoir qui prendra soin de ceux et celles qui ont bâti la société dans laquelle nous vivons.

Quand j'ai entrepris mes études à la maîtrise en sciences de la santé, il devenait important de savoir précisément si *les futures infirmières allaient s'orienter en plus grand nombre vers le travail auprès des personnes âgées étant donnée la situation de vieillissement accru de nos sociétés*. Puisque cette question comme telle n'avait pas été étudiée au Canada, elle s'est rapidement imposée comme la question centrale de notre étude. En effet, rien n'a été trouvé lors de la revue de littérature initiale faite pour cette recherche. Des études avaient été réalisées sur le sujet, entre autres, aux États-Unis (Davis, Beel-Bates & Jensen, 2008), en Suède (Fagerberg & Kihlgren, 2001) et en Australie (Happell, Dip & Brooker, 2001).

Comme enseignante clinique dans les milieux de soins de longue durée, dans une ville où les francophones sont en situation minoritaire, j'avais également vu des personnes âgées francophones ne pouvant pas s'exprimer en anglais recevoir des soins par des intervenants unilingues anglophones qui ne les comprenaient pas. J'avais vu pleurer ces aînés, car les intervenants ne les comprenaient pas. J'ai réalisé que ces

personnes âgées ne recevaient pas des soins de qualité, en tout temps, par manque de communication dans leur langue de base. Au Canada, il y a deux langues officielles, l'anglais et le français, je m'attendais donc que peu importe où habite une personne au pays, elle aurait droit à des services de santé dans sa langue officielle préférée. J'ai compris que ce n'était pas le cas et ceci a été une surprise pour moi. Sans imaginer changer le cours des choses, le présent travail vise à éclairer quelques éléments de compréhension du parcours des étudiantes relativement aux soins infirmiers destinés à la population vieillissante, car je m'inquiète également pour ma génération de personnes francophones en situation minoritaire qui vieillit elle aussi. À quelle qualité de soins aurons-nous droit? Qui prendra soin de nous?

CHAPITRE 1

Contexte des besoins en soins de santé aux personnes âgées

Ce premier chapitre présente les principales statistiques concernant le vieillissement de la population canadienne et ontarienne, puisque le contexte de notre étude porte sur les soins de longue durée (SLD) de l'Ontario. C'est dans ce contexte que les différents éléments impliqués se dégagent dans l'expérience des étudiantes finissantes en sciences infirmières auprès de la clientèle des personnes âgées. Il vise ainsi à poser un regard sur les éléments comme la reconnaissance professionnelle des infirmières autorisées, les avancées technologiques et la pénurie des infirmières autorisées au Canada. Ceux-ci ont tous un impact, à notre avis, sur la future place des étudiantes infirmières.

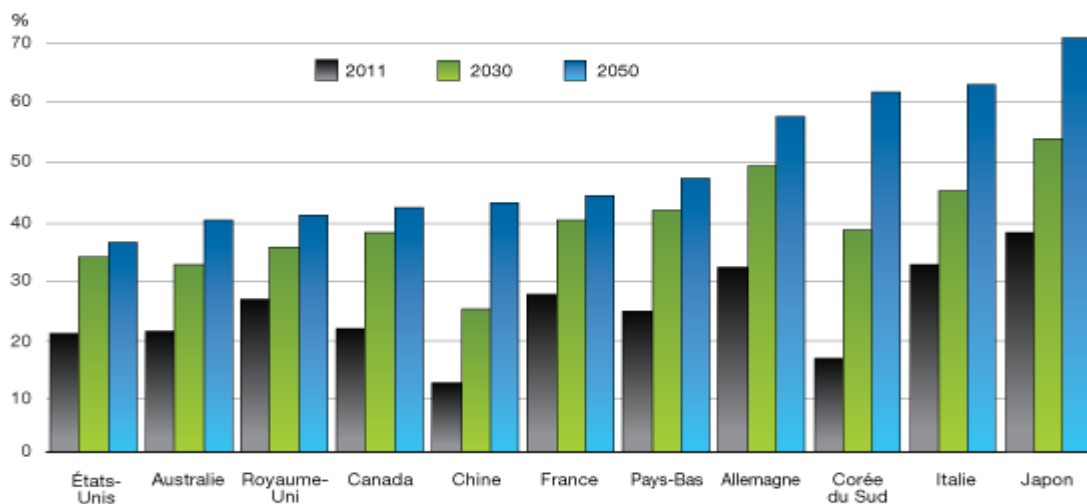
1.1 Le vieillissement de la population et l'impact sur l'offre de soins

Le vieillissement de la population affecte tous les pays industrialisés et, par le fait même, le travail de l'infirmière autorisée. Cette situation entraîne de multiples inquiétudes et questionnements sur ses conséquences, mais encore, sur le financement des soins de santé. Le vieillissement de la population implique des changements profonds dans les sociétés industrialisées et il a un impact direct sur la demande de services infirmiers (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015 : 6). Cette demande est donc en constante croissance, mais également avec le développement des maladies chroniques, elle n'ira pas en diminuant (Sinha, Anderson, Griffin & Wong, 2015;

Institut C. D. Howe Institute, 2012). Cette situation cause une pression sur l'offre de soins aux personnes âgées, car le développement des maladies chroniques est bien présent particulièrement chez cette population. En effet, depuis que les personnes vivent plus longtemps, il y a une augmentation de la prévalence des maladies chroniques dans la population. Chez les personnes âgées, les maladies chroniques sont présentes chez 76 % d'entre elles (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2011a : 3). Aussi, plus les personnes vieillissent, plus elles ont de risque de développer une ou des maladies chroniques (ICIS, 2011a : 6). « Plus la comorbidité augmente, plus grande est l'utilisation des soins de santé » (ICIC, 2011a : 7).

Ce vieillissement touche la majorité des pays occidentaux (OMS, 2015; Torjman, 2013) et le Canada (Léonard, 2011). Il est maintenant pensable de vivre au-delà de soixante (60) ans (OMS, 2015 : 5), mais ce sont les pays industrialisés qui vieillissent plus rapidement comme le montre le tableau suivant portant sur la projection du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour les années 2011, 2030 et 2050.

Tableau 1 : Projection du ratio des personnes âgées de 65 ans et plus



Source : Statistique Canada, 2012 à partir de Nations Unies, *Perspectives de la population mondiale, révision de 2010*

1.1.1 Définition d'une personne âgée

Qu'est-ce qu'une personne âgée? Pour le gouvernement canadien, une personne âgée et un aîné seraient deux mots synonymes tels qu'affirmés par Carstairs et Keon (2009 : 3).

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, présidé par Carstairs et Keon (2009 : 3), avait reconnu l'existence de plusieurs autres catégories regroupées pour désigner les personnes âgées comme les personnes du troisième, du quatrième ou du cinquième âge; tout comme les aînés fragiles ou les personnes âgées en perte d'autonomie. Toutefois, ce comité avait retenu le vocable aîné pour son rapport.

En ce qui concerne le gouvernement ontarien, il utilise le barème suivant pour déterminer qui est une personne âgée ou un aîné : « *En termes démographiques, le vieillissement de la population désigne un accroissement de la proportion des personnes âgées (de 65 ans et plus) par rapport à l'ensemble de la population* » (Ministère des Finances, 2014 : 33). À cet égard, il est remarqué que le gouvernement de l'Ontario désigne l'espace de son ministère de la santé du point de vue de « soins de longue durée ». Cette dénomination est une orientation toute désignée pour les personnes âgées.

Comme il existe un consensus au niveau des différents paliers gouvernementaux dans les multiples rapports répertoriés qu'une personne âgée a 65 ans et plus (Ministère de la Justice du Gouvernement du Canada, 2015; ICIS, 2011b; Canadian Healthcare Association, 2009), c'est ce barème qui est retenu pour cette étude, car les publications disponibles avec les statistiques sont produites à partir de cette orientation.

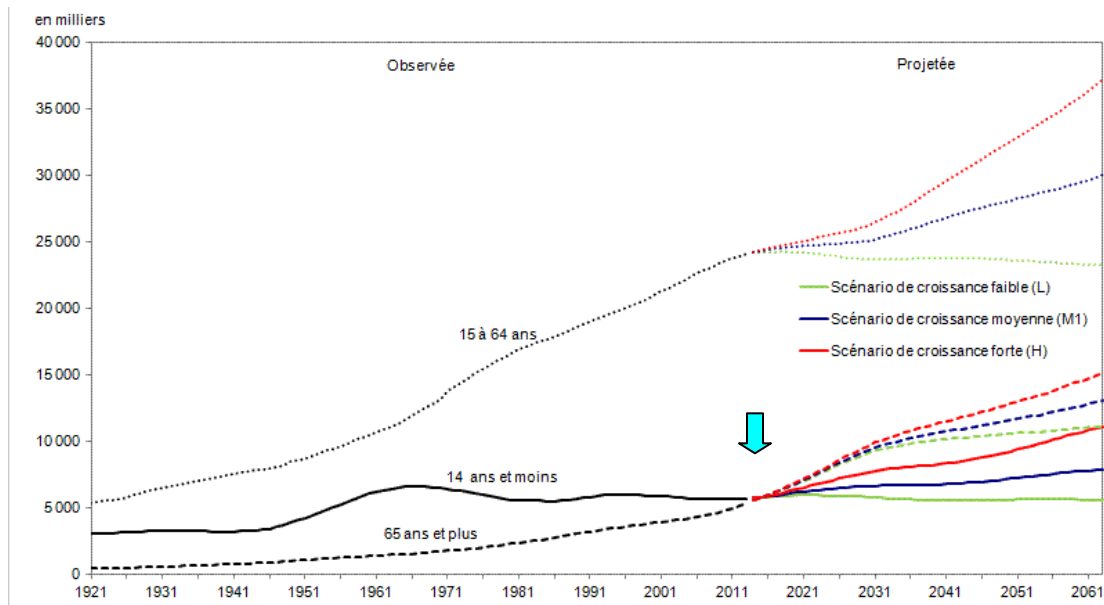
Turcotte et Schellenberg (2006 : 8) avaient déjà mentionné la difficulté de définir clairement ce qu'est une personne âgée, car il y a beaucoup d'opinions divergentes à ce

sujet. Ils mentionnaient qu'il était reconnu et pratique de continuer d'utiliser l'âge de 65 ans et plus, car les institutions sociales reconnaissent ce point de repère. Selon les scientifiques, tels que Beaufile (2007), McPherson (2004), Maurier et Northcott (2000), il ne faut pas confondre le concept de personne âgée avec celui d'aîné. L'aîné est considéré pour être le plus âgé d'entre tous alors que la personne âgée est un concept qui regroupe une population spécifique âgée de 65 ans et plus. S'il y a deux concepts, ils définissent deux réalités précises. Il faut donc faire attention de ne pas confondre ces réalités. Dans le cadre de cette étude, les personnes âgées seront désignées comme une population des personnes regroupées à partir du troisième âge, du quatrième âge et du cinquième âge. Selon Bee et Boyd (2011 : 384), le 3^e âge va de 65 à 75 ans, le 4^e âge, de 75 à 85 ans et le 5^e âge est à partir de 85 ans. L'ensemble de ces tranches d'âge présente les attributs sociaux ou culturels de la vieillesse ou du grand âge.

1.1.2 Statistiques sur le vieillissement au Canada

Déjà en 2007, il était démontré que le vieillissement de la population avait atteint un nombre record qui continuerait de s'accroître avec l'arrivée massive des « boomers » dans ce groupe d'âge; la pyramide des âges était en train de s'inverser avec de plus en plus d'aînés présents (Statistique Canada, 2011). En juillet 2015, Statistique Canada (2015a) a annoncé qu'il y avait dorénavant un nombre plus grand de personnes âgées de 65 ans et plus au pays qu'il y avait d'enfants âgés de 0 à 14 ans, tel qu'il est démontré à la figure1 qui suit. Celle-ci présente les nombres des différents groupes d'âge pour les années 1921 à 2013 avec les projections pour ces mêmes groupes jusqu'en 2063 :

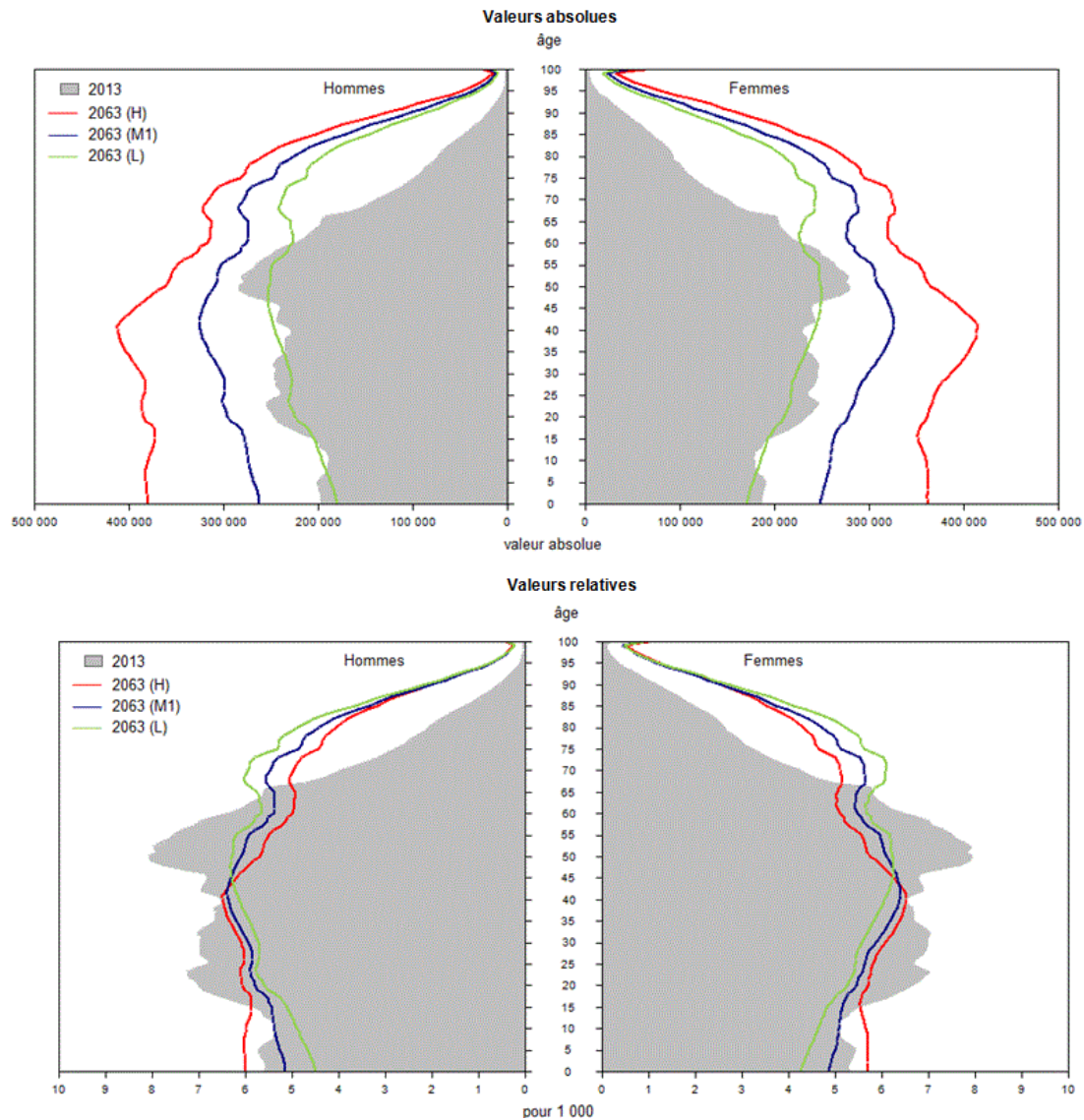
Figure 1 : Population âgée de 14 ans et moins, 15 à 64 ans et de 65 ans et plus, observée (1921 à 2013) et projetée (2014 à 2063), selon les scénarios de croissance faible (L), moyenne (M1) et forte (H), Canada



Source : Statistique Canada no 91-520-X au catalogue

Statistique Canada (2015b) mentionne qu'en 2013, 15,3 % de la population du Canada avait 65 ans et plus et que 4,1 % de celle-ci était des gens de 80 ans et plus. Avec les projections faites, toujours par Statistique Canada, il y aura 20 % de personnes âgées de 65 ans et plus en 2023, 25.9 % en 2043 et 27.8 % en 2063 (Statistique Canada, 2015b). C'est dire que plus de 1 Canadien sur 4 sera considéré comme une personne âgée d'ici quelques décennies. Aussi, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus sera elle aussi en croissance. En effet, alors qu'en 2013, il y avait 1,4 million personnes considérées comme très âgées (80 ans et plus), ce nombre sera de plus de 4 millions en 2045 (Statistique Canada, 2015b). La Figure 2 présente la population canadienne en 2013 avec les projections pour 2063 selon les trois (3) scénarios de croissance comme il y a dans la Figure 1, vu plus tôt :

Figure 2 : Population en valeurs absolues et relatives (pour 1 000), 2013 (observée) et 2063 (projetée) selon les scénarios de croissance faible (L), moyenne (M1) et forte (H), par âge et par sexe, Canada



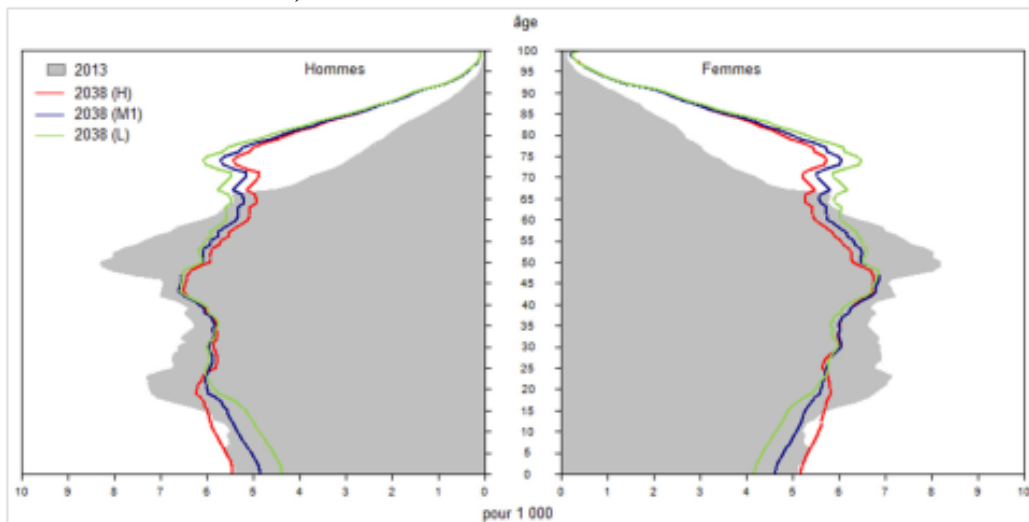
Source : Statistique Canada no 91-520-X au catalogue

1.1.3 Statistiques sur le vieillissement en Ontario

Qu'en est-il pour l'Ontario? Déjà, la Commission ontarienne des droits de la personne (2001) prévoyait que l'Ontario compterait 3 millions de personnes âgées d'ici 2021, ce qui est seulement dans 5 ans. En 2013, Statistique Canada évaluait la

population ontarienne âgée de 65 ans et plus à 15,2 % (Statistique Canada 2015b). À partir de ce pourcentage, les personnes âgées étaient donc 2 030 700 en Ontario à ce moment, ce qui n'est pas négligeable. Le pourcentage de personnes âgées en Ontario est actuellement très semblable à celui de la moyenne canadienne qui est de 15,3 % (Statistique Canada, 2015b). La Figure 3 présente la pyramide des âges de la population de l'Ontario en date de 2013 avec des projections à long terme jusqu'en 2038 avec le même type de scénarios que ceux de la Figure 1.

Figure 3 : Population (en valeur relative), observée (2013) et projetée (2038) selon les scénarios sélectionnés, Ontario



Source : Statistique Canada — no 91-520-X au catalogue

Peu importe le scénario de croissance de la population qui est retenu, les personnes âgées seront une partie importante de la population totale.

1.1.4 Statistiques sur le vieillissement pour le Nord-Est ontarien

La population de l'Ontario qui vieillit le plus rapidement actuellement est celle de la région du Nord-Est. Cette population de plus de 65 ans qui était évaluée à 18,8 % en 2013 passera à 31,5 % en 2041 (Ministère des Finances, 2014 : 15). C'est dire qu'en

près de trois décennies, le nombre de personnes âgées aura presque doublé dans cette région. Or, la population francophone représente près de 1 personne sur 4 dans cette région. Il faut donc s'attendre à avoir beaucoup de personnes âgées qui nécessiteront de plus en plus des services de santé en soins de longue durée, et ce, en français.

1.2 Les soins de longue durée (SLD) en Ontario

Il est important, à ce point-ci, de présenter le milieu des SLD. Ce milieu clinique a été choisi car dans la majorité des programmes de baccalauréat en sciences infirmières, toutes les étudiantes vont y faire un stage durant leur formation, tout comme pour les stages en milieu hospitalier aigu. Cette expérience clinique en SLD étant commune aux participantes de l'étude, elle a été mise en lumière. Ainsi, après avoir défini les milieux des SLD, présenté les statistiques reliées à ce type de milieux, décrit la clientèle des SLD; énoncé les critères d'admissibilité de ces milieux en Ontario, cette partie se termine par la présentation des besoins en soins des personnes âgées des milieux de SLD et les effectifs en ressources infirmières autorisées pour répondre aux besoins.

1.2.1 Définition d'un milieu de SLD

Le centre d'accès aux soins communautaires du Nord-Est (CASC du Nord-Est), définit les soins de longue durée comme « des milieux de vie sécuritaire qui fournissent des services variés, dont des soins infirmiers, aux personnes ayant besoin de supervision constante, dans un contexte se rapprochant le plus possible de leur domicile » (CASC du Nord-Est, n.d. : 4). En Ontario, ces milieux sont réglementés par le gouvernement par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), mais ce sont des organismes qui les possèdent et les exploitent. Ces organismes peuvent être des municipalités, des maisons de bienfaisance, des centres situés dans un hôpital tout autant

que des entreprises privées (CASC du Nord-Est, n.d. : 4). De façon assez répandue au Canada, c'est le modèle qui a été adopté par la majorité des provinces.

Ce fait explique que les services qui y sont offerts puissent avoir autant de variétés selon les sites de ces milieux ainsi que les différents noms qui leur sont attribués : foyers, foyers de soins infirmiers, résidences pour personnes âgées, résidences avec services, centres de soins spéciaux, centres de soins prolongés, maisons de soins infirmiers, établissements de soins de longue durée et autres (ICIC, 2013; Carstair & Keon, 2009). Afin de simplifier la lecture, l'expression soins de longue durée (SLD) est choisie dans cette étude puisqu'en Ontario, c'est ce qui est le plus utilisé par le MSSLD.

1.2.2 Statistiques sur les milieux de SLD en Ontario

En 2006, 12 % des personnes âgées vivant en milieu des SLD avaient plus de 75 ans alors qu'elles n'étaient que 1,4 %, âgées de 65 à 74 ans (ICIS, 2011b : 108). Dans ces milieux se retrouvent des personnes âgées qui ont des besoins à différents niveaux : pour accomplir leurs soins de base comme l'hygiène, pour effectuer leur alimentation, leur habillement et pour exécuter leurs déplacements (OLTCA, 2015; ICIS, 2011; Potter & Perry, 2010; Markle-Reid, Browne & Roberts. 1998).

En 2013, il y avait 300 000 personnes âgées dans des lits de soins de longue durée au Canada (ICIS, 2013). En suivant la courbe du vieillissement, le Canadian Life and Health Insurance Association Inc. (CLHIA) affirme que pour offrir le même type de service aux personnes âgées, il faudra 800 000 lits à travers le Canada en 2047 (CLHIA, 2012 : 11). Ce qui signifie que 500 000 nouveaux lits devront être ajoutés d'ici une trentaine d'années afin de pouvoir répondre aux besoins de la population âgée. Cette situation demandera également que du personnel infirmier de toutes catégories soit

ajouté afin de pouvoir arriver à soutenir de tels soins. Or, le système de santé actuellement tend à oublier qu'il faut y placer des infirmières autorisées pour prendre soin des personnes âgées. Elles devront être de plus en plus nombreuses.

Selon l'Ontario Long Term Care Association (OLTCA), il y a 627 maisons d'hébergement autorisées dans la province de l'Ontario qui offrent des soins à près de 77 000 résidents permanents considérés comme des personnes fragiles. Il y avait près de 21 000 personnes de plus sur les listes d'attente pour ce type de service en mai 2014 (OLTCA, 2014 : 9). Compte tenu de ces personnes en attente de services et du vieillissement de la population, le gouvernement ontarien avait annoncé, en 2007, qu'il voulait restaurer 35 000 lits antérieurement coupés dans ce type de milieu afin de répondre aux besoins de la population (Sinha, 2012). Il faut savoir également que les 21 000 personnes en attente d'une place en milieu des SLD sont des personnes qui doivent bénéficier des services de soins à domicile pendant le temps qu'elles attendent une place et cette attente est variable. Au Canada, les temps d'attente varient énormément selon les provinces et peuvent être aussi courts que moins d'un mois et aller jusqu'à plus d'une année. Pour l'Ontario, ce temps va de 60 à 108 jours (Le Conference Board du Canada, 2015 : 40). Il paraît important de préciser ici que selon les programmes de formation et les disponibilités des milieux de soins à domicile, un stage dans ce contexte clinique est possible seulement pour certaines étudiantes et de ce fait, n'est donc pas une expérience commune à toutes.

En 2013, le Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario mentionnait que sur les 35 000 lits promis, seulement 10 000 lits avaient été ajoutés. Évidemment, des ressources infirmières avaient été augmentées relativement à ces ajouts. Comme il

reste encore 25 000 lits à mettre en fonction, cette situation entraînera une demande en personnel infirmier de tout genre et de ce fait, une demande accrue pour des infirmières autorisées dans ces milieux (OLTCA, 2015). Il faut se demander comment dans un tel contexte fera le gouvernement pour attirer des infirmières autorisées, dont les nouvelles diplômées, dans de tels postes (Guinchard, Sylvain, Ouellet & Viens Python, 2012).

1.2.3 Clientèle des milieux de SLD

Environ 7 % des personnes âgées canadiennes vivent dans des centres de SLD (CLHIA, 2012). La clientèle des milieux de SLD est constituée de 95 % de personnes âgées de 65 ans et plus (ICIS, 2011b). Dans un rapport préparé pour The Caledon Institute of Social Policy, Torjman mentionne qu'à partir de 65 ans, les chances d'avoir besoin d'un milieu de SLD sont de 30 %, mais passent à 50 % à partir de 75 ans (2013 : 1). Sinha et ses collaborateurs (2015 : 79) précisent qu'en Ontario, le pourcentage d'aînés âgés de 85 ans et plus dans les milieux de SLD est de 38,7 %. Ce pourcentage est semblable à la moyenne canadienne qui est de 42 % (ICIS, 2011b : 96). Il y a une représentation plus élevée de femmes demeurant dans ces milieux en Ontario, car elles représentent 24,4 % des résidents contre 14,3 % d'hommes. Avec le vieillissement actuel de la population, qui s'accompagne de l'arrivée de la génération des boomers, il est à prévoir que ces pourcentages vont augmenter de façon significative dans un temps assez rapproché, changeant ainsi le type de besoin en soins à la clientèle des milieux de SLD.

1.2.4 Critères d'admissibilité en SLD en Ontario

Aussi, en une décennie tout a beaucoup changé dans les milieux de SLD (OLTCA, 2014) avec pour résultat qu'en 2010, le gouvernement ontarien avait changé

les critères d'admissibilité dans ces milieux de soins en disant vouloir permettre aux personnes âgées de rester dans leur domicile le plus longtemps possible comme ils le souhaitaient (MSSLD, 2015). Cette situation fait en sorte que la clientèle des milieux des SLD s'est alourdie significativement en ce qui concerne les besoins sans que les budgets aient été augmentés pour tenir compte de cette nouvelle réalité et assurer que du personnel qualifié soit présent pour répondre à ces besoins (OLTCA, 2014 : 14). En restreignant ces critères, le gouvernement ne visait-il pas plutôt à tenter de contrôler les coûts, car il ne suffisait plus à la demande?

En effet, pour être admise en milieu de SLD en Ontario la personne doit désormais atteindre le niveau « High » (élevé) ou « Very high » (très élevé) de l'outil MAPLe (Method for Assigning Priority Levels). Cet outil, disponible uniquement en anglais, possède cinq (5) niveaux de besoins de la personne (OLTCA, 2014; Sinha, 2012). Celle-ci doit être évaluée et l'évaluateur va ensuite déterminer à quel niveau elle concorde à la description de l'outil. C'est lorsqu'elle correspond aux deux derniers niveaux que la personne âgée pourra être placée sur une liste d'attente pour un lit de SLD (voir l'outil MAPLe au Tableau 2 de la page suivante).

Tableau 2 : Niveaux de l'outil MAPLe

Level	Description
Low	Clients are generally independent, without physical disabilities, and with only minor cognitive loss. There are no problems with behaviour, the home environment, medication, or skin ulcers. Some limited home care support may be needed because of early losses of function in limited areas.
Mild	Clients need only a light level of care due to some problems with instrumental activities of daily living (e.g., housework, transportation) or loss of physical stamina.
Moderate	Clients are beginning to show impairments in individual functioning that may be a threat to their independence, such as problems in the home environment, difficulty managing medications, or physical disability combined with mild cognitive impairment.
High	Clients are experiencing more complex problems, including challenging behaviour or physical disability combined with cognitive impairment. These people have elevated risks of nursing home placement and caregiver distress.
Very high	Clients have impairments in multiple areas of function that have a pronounced impact on their ability to remain independent in the community. These include factors such as physical disability, cognitive impairment, falls, challenging behaviour, and wandering. Rates of nursing home placement and caregiver distress are highest in this group.

Source: <http://ontarioseniors.blogspot.ca/2012/04/what-maple-scores-mean.html>

Dès le niveau « Moderate », la personne présente déjà des difficultés qui menacent sa santé et les deux derniers niveaux démontrent que la personne est en réel besoin d'aide tant au niveau physique que psychologique.

En effet, s'il y a des besoins en terme d'aide physique qui sont présents, il y a encore plus de besoins qui ressortent au niveau des problèmes comportementaux, des demandes persistantes et des pertes cognitives. La clientèle admise dans les milieux de soins de longue durée est donc beaucoup plus lourde depuis cette exigence (OLTCA, 2014) et les attentes envers les milieux sont de ce fait autres qu'à leur création (le

prochain point parle plus précisément des besoins qui sont attendus). Le Conference Board du Canada précise :

« En théorie, les critères d'admission à un établissement de SLD sont assez généraux, couvrant habituellement les adultes de plus de 18 ans assurés par le régime public qui ont besoin de soins médicaux 24 heures par jour. En pratique, les pressions exercées par une population vieillissante et la montée de la démence signifient que de plus en plus, seuls les aînés les plus malades et les plus déficients sur le plan cognitif seront susceptibles d'être placés dans un lit (2015 : 39) ».

Les milieux des SLD et son personnel de soins ont donc subi un changement drastique de leur fonction (OLTCA, 2015). La clientèle est maintenant formée de personnes plus fragiles qui font face à un âge avancé couplé à un mauvais état de santé dû aux maladies chroniques et aux troubles cognitifs (OLTCA, 2014; ICIS, 2013; Sinha, 2012).

1.2.5 Besoins en soins de la personne âgée dans les SLD

Les personnes âgées de ces milieux ont des besoins grandissants de leurs soins de santé (Sinha, 2012). En effet, la majorité d'entre elles, soit 93 %, vivent avec deux ou trois maladies chroniques; 62 % présentent des problèmes de démence; 50 % ont des problèmes de santé mentale et 46 % démontrent des problèmes comportementaux comme de l'agressivité (OLTCA, 2015 : 1).

Les maladies chroniques les plus fréquentes chez la clientèle des milieux de SLD sont les maladies cardiaques et l'arthrite (Voyer, 2013 : 10). Ce sont deux maladies qui entraînent des incapacités physiques graduelles de plus en plus importantes au fur et à

mesure que ces maladies progressent. Près des deux tiers souffrent d'une forme de démence dont la maladie d'Alzheimer, qui elle est en hausse dans la clientèle des milieux de SLD depuis 2008 (OLTCA, 2015 : 1). Cette même source précise que parmi ces personnes, le tiers souffrant d'Alzheimer en sont atteints de manière sévère et la manifestation de comportements agressifs a connu une hausse de 14 % entre 2010 et 2012 (OLTCA, 2015 : 1). Les trois quarts des résidents de ces milieux sont considérés avoir un niveau d'autonomie pratiquement nul car ils sont classés comme totalement dépendants (Sinha, 2012 : 157). Ils ont donc besoin d'être aidés pour toutes leurs activités de la vie quotidienne (hygiène, alimentation, habillement, déplacement, élimination). La moitié des résidents sont aussi instables au niveau de leur état de santé (Sinha, 2012 : 157).

Ce sont donc des milieux où les conditions de travail ne sont pas faciles, car la clientèle y est complexe, lourde et instable. Étant donnés ces éléments, il est clair que les personnes âgées ont besoin de l'expertise des infirmières autorisées afin de les évaluer et de leur offrir des soins à la mesure de leurs besoins. De plus, ces dernières doivent encadrer les soins offerts par le reste de l'équipe de ces milieux qui a aussi besoin de formation (Benoit, Lavoie & Dragon, 2015; Sinha, 2012). Cette situation relève de l'infirmière autorisée (IA) qui a l'obligation légale de s'assurer que chaque personne reçoit les soins appropriés par le type de personnel approprié (OIIO, 2015, 2011).

1.2.6 Milieu de SLD et les besoins en infirmières autorisées

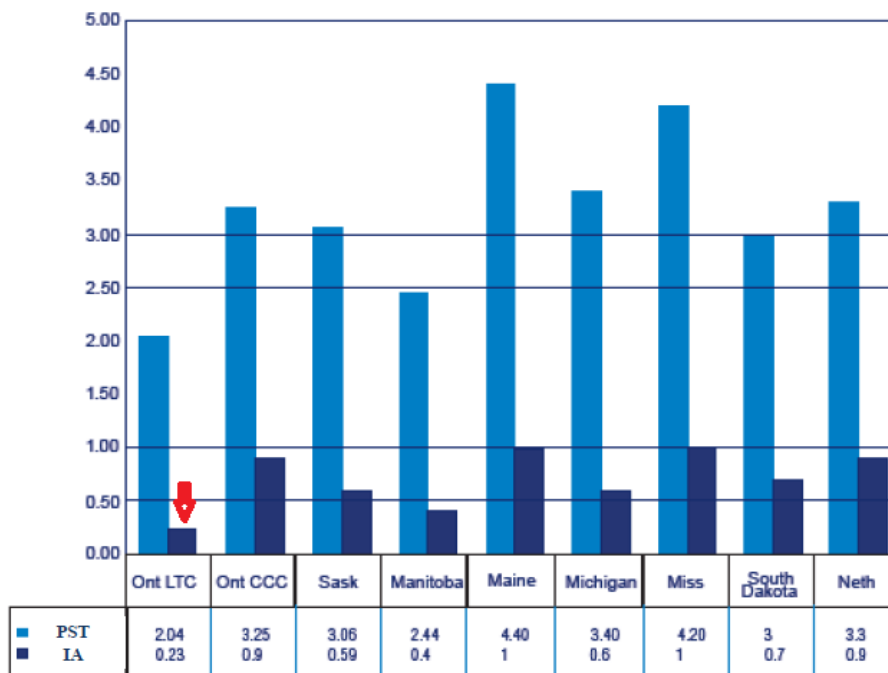
Depuis plusieurs années, les milieux de SLD ont de la difficulté à recruter du personnel infirmier (OLTCA, 2015; Sylvain, Ouellet, Guinchard & Viens Python, 2014; Guinchard & coll., 2012). Souvent, les postes d'infirmière restent vacants très longtemps

ou connaissent un grand roulement de personnel. Comment voir autrement cette vacance des postes, ou le roulement de personnel, autrement que par un manque d'intérêt de la part des étudiantes en sciences infirmières, ou des nouvelles infirmières autorisées envers les soins aux personnes âgées (Sylvain & coll., 2014; Guinchard & coll., 2012; Chen & Walsh, 2009; Fagerberg & Ekman, 1997)?

À cause de leurs difficultés de recrutement et de rétention des dernières années, ces milieux se sont graduellement tournés vers l'utilisation de personnel moins qualifié, les infirmières auxiliaires (IAA), afin de contrer la pénurie d'infirmières autorisées (OLTCA, 2015). Ce qui fait qu'il est difficile de quantifier de façon exacte le nombre précis d'infirmières autorisées (IA) nécessaires pour satisfaire les besoins dans ces milieux. Par contre, à travers le Canada, plusieurs organismes reconnus, comme des associations professionnelles et des instances gouvernementales, recommandent que le pourcentage d'IA, parmi le personnel de soins de ces milieux de soin, doive être de 20 % (St-Jacques & Dusseault, 2013 : 11).

Ce pourcentage de 20 % d'IA dans les milieux de SLD est recommandé afin de garantir la qualité de soins que méritent les personnes âgées résidant dans ces milieux ainsi qu'assurer leur sécurité en tout temps (Canadian Healthcare Association [CHA], 2009). Malgré ces recommandations, c'est en Ontario que le plus bas pourcentage de personnel infirmier autorisé se retrouve qui pourtant prodigue des soins directs dans les milieux de SLD à travers le Canada et même de quelques états des États-Unis, comme indiqué par la flèche rouge de la Figure 4 qui suit le démontre bien.

Figure 4: Total d'heure/contact par résident par le personnel de soins total (PST) et par les infirmières autorisée (IA) selon quelques provinces canadiennes et états américains



Source : À partir des données de OLTCa et OANHSS

Il y a donc peu d'IA dans les milieux de SLD en Ontario, et ce, de façon importante comparée à la situation qui prévaut dans d'autres provinces canadiennes et dans quelques états des États-Unis.

Ce pourcentage est aussi moins élevé que celui de plusieurs pays industrialisés, alors que seulement 9,5 % du personnel de soins des milieux de SLD sont des IA (OLTCa, 2015 : 4). Afin de rencontrer les recommandations canadiennes, l'Ontario devrait donc doubler la quantité d'IA dans ces milieux de soins dès maintenant. C'est un grand défi quand ces milieux ont déjà des difficultés de recrutement (OLTCa, 2015). Cette situation se produit alors que le vieillissement entre de plein fouet dans sa montée

fulgurante et que la clientèle des milieux des SLD a des besoins de plus en plus complexes (OLTCA, 2014).

Ce manque flagrant d'IA dans les milieux de SLD découle du fait que l'Ontario a abandonné son mandat de garantir un ratio minimal de personnel infirmier dans les divers milieux de soins en 1995 (CHA, 2009 : 95). À cette période des coupures importantes de postes d'IA avaient été faites afin d'atteindre l'équilibre budgétaire (ICIS, 2010). Pour les milieux de SLD, il ne reste maintenant qu'une obligation légale de s'assurer qu'il y ait une (1) IA libre en tout temps, c'est-à-dire 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (OLTCA, 2015 : 4).

Étant données leurs difficultés toujours actuelles de recrutement et de rétention des IA, ces milieux ont présenté récemment une proposition au gouvernement ontarien afin de faire tomber cette obligation légale d'une (1) IA libre en tout temps (OLTCA, 2015 : 4). C'est donc dire que la pénurie d'IA dans ce type de milieu est toujours bien réelle et très préoccupante précisément parce que la clientèle de ces milieux présente des besoins en soins de santé de plus en plus complexes et variés. Cette complexité et cette variabilité des problèmes de santé chez les personnes âgées commandent des approches de soin qui nécessitent plus de compétence.

1.3 La problématique de recherche

Les besoins en soins aux personnes âgées sont en augmentation alors que cette population devient de plus en plus importante, en termes de nombre, dans la société canadienne. Les conditions de travail difficiles dans les différents milieux de soins, qui découlent entre autres de la pénurie chronique d'infirmières autorisées au Canada et la précarité des emplois qui répondent encore aux restructurations budgétaires n'aident pas

à rendre la profession d'IA attrayante auprès de la relève. La difficulté à former la relève pour les milieux de soins de longue durée est réelle, ils ont de plus en plus besoin de la compétence des IA en raison de la complexité et la variabilité des cas.

Les investissements gouvernementaux en matière de santé affectent les milieux de soins en général ainsi que ceux de longue durée et pourtant ces derniers ne sont pas régis par les directives de la même façon que les hôpitaux (OLTCA, 2015). Un manque cruel de fonds se fait constater pour garantir la même qualité de soins et les mêmes conditions salariales que ce qui a cours dans les soins aigus (Sinha & coll., 2015; OLTCA, 2015; Carstairs & Keon, 2009).

Malgré une augmentation réelle des besoins de la population canadienne, la réponse des gouvernements ne permet pas de résoudre le problème de la pénurie d'IA (FCSII, 2012b; AIIC, 2009), en particulier en soins pour les personnes âgées. Le ratio infirmière/100 000 de population n'a fait que diminuer depuis 1990 et ne permet pas d'assurer la qualité de soins nécessaire à la population canadienne et ontarienne.

Dans un tel contexte, comment amener les étudiantes en sciences infirmières qui terminent leur programme de formation à s'orienter dans les soins destinés spécialement aux personnes âgées? Les choix faits à l'égard de l'outil MAPLe ne sont pas respectés, les gouvernements se sont davantage orientés vers des modèles de prestation de soins axés sur la maladie leur accordant la majorité des budgets. Or, cette façon de faire représente davantage un engagement, voir une orientation permanente du système envers les soins aigus plutôt que la promotion de la santé et les soins de longue durée comme le recommande plusieurs acteurs du système (Sinha & coll., 2015; FCRSS, 2011; Carstairs & Keon, 2009). Une nouvelle orientation des gouvernements qui

démonstreraient une vision axée sur les soins de santé primaires afin de répondre aux besoins de la population et une volonté de préserver notre système de santé publique pourrait faire une différence (FCRSS, 2011 : i).

Selon Guinchard et ses collaborateurs (2012), la pénurie est encore bien présente de nos jours notamment avec le nombre astronomique d'heures supplémentaires faites par les IA et le remplacement de celles-ci par d'autres corps professionnels, comme les IAA, pour certaines clientèles. Sachant que l'IAA autorisée représente un coût moindre pour les gouvernements actuels et que le travail auprès des personnes âgées exige de plus en plus de compétence et d'autonomie de la part de l'infirmière qui en prend soin vu la complexité et la variabilité de leurs besoins, il apparaît évident qu'il y a une contradiction du système dans le choix qu'il fait relativement à la ressource choisie pour faire face au défi du vieillissement. Il lance ainsi le message aux futures infirmières que le vieillissement de la population n'est pas un enjeu prioritaire pour le gouvernement et pour la société en général.

De plus, le fait que le travail dans les milieux de soins de longue durée n'ait pas une réputation très enviable, et encore moins les infirmières qui y travaillent, font que ce type de milieux souffre des perceptions négatives qui l'entourent (Guinchard & coll., 2012 : 37). Difficile d'attirer de nouvelles recrues quand l'aura du milieu est si négative et que certaines personnes pensent que si une IA y travaille, c'est qu'elle n'était pas assez bonne pour le milieu hospitalier (Guinchard & coll., 2012 : 26).

La pénurie découlerait ainsi d'une mauvaise gestion des ressources infirmières disponibles, d'une mauvaise utilisation des modèles de prestation des soins à long terme et d'une économie qui a du mal à assurer la pérennité de ses programmes de soins

publics (Sinha & coll., 2015; Harris & McGillis Hall, 2012; Sinha, 2012; FRCSS, 2011; Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002). C'est là une hypothèse avancée dans le cadre de la présente étude.

1.3.1 Reconnaissance professionnelle des IA

Il est difficile de recruter une relève dans le milieu des SLD alors qu'il y a un manque de reconnaissance professionnelle des infirmières qui y travaillent (Guinchard & coll., 2012). Ce manque de reconnaissance repose sur le fait que le travail, effectué en majeure partie du temps, se compare à celui d'une auxiliaire médicale plutôt que de se faire au niveau de la portion autonome du rôle d'infirmière (Dallaire, 2008).

Il faut se rappeler que jusque dans les années 1970, les infirmières étaient majoritairement des femmes qui recevaient leur formation par des hommes médecins en milieu hospitalier pour répondre aux besoins du milieu (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010; Wenner, 2006). Les infirmières répondaient ainsi à des besoins plutôt ciblés demandant peu d'initiative et d'autonomie (Dallaire, 2008). Cette formation par apprentissage a donné l'impression que la profession d'infirmière avait moins de prestige que celle de médecin (Dallaire, 2008; AIIC, 2006). Elle laisse toujours à certains l'idée que les IA ne sont que des auxiliaires médicales, et ce, principalement dans les milieux des SLD (Dallaire, 2008).

1.3.2 Avancées technologiques

Par ailleurs, les autres milieux de soins, comme le milieu hospitalier, ont acquis un niveau d'avancement technologique avec le temps, au point de devenir un espace de valorisation pour celles qui travaillent avec les différentes technologies (Dallaire, 2008; Wenner, 2006). Ces éléments n'ont pas aidé à contrer les effets de la pénurie, car les

avancées technologiques dans les soins de santé ont également multiplié les secteurs d'activité du travail pour les IA (AIIC, 2006).

Ce qui fait en sorte que les milieux de SLD, qui ne requièrent que peu de moyens technologiques, mais surtout beaucoup de *caring* de la part des IA (Dallaire, 2008), ne partent pas gagnants en termes de choix de carrière pour les futures diplômées des sciences infirmières. Dans les milieux de SLD, l'infirmière doit également assumer un rôle plutôt administratif composé de gestion du personnel (Voyer, 2013; Dallaire, 2008) qui la tient à l'écart des résidents comme tels, tandis qu'en milieu hospitalier, elle est plus en contact direct avec les clients pour leur offrir des soins et c'est ce que les infirmières recherchent la plupart du temps (McGuilton, Tourangeau, Kavic & Wodchis, 2013).

1.3.3 Pénurie des IA au Canada

Puisque la pénurie des IA est toujours bien actuelle, il est inquiétant de savoir qu'en plus de manquer déjà de personnel infirmier, le Canada risque de voir le phénomène s'amplifier avec le départ à la retraite de celles qui sont actuellement en poste à travers le pays. De plus, comme la relève se fait peu nombreuse pour les remplacer, cette relève devra se disperser auprès des différentes clientèles ayant besoin de soins et de services de santé.

1.3.3.1 Départs à la retraite des IA actuellement en poste

Les besoins dans les milieux de SLD sont grands et le seront encore davantage avec les retraites prévues des infirmières actuellement en poste au Canada. En effet, l'ICIS mentionne, dans son dernier rapport de 2015, que les IA âgées de 60 ans et plus ont augmenté en passant de 7,7 % en 2005, à 9,5 % pour l'année 2014, et que la

diminution d'effectifs s'est faite dans la même proportion (ICIS, 2015 : 16). Pour les milieux de SLD, ce pourcentage est plus élevé avec près de 14 % des effectifs qui se retrouvent dans cette tranche d'âges. Il y a également 52 % des IA des milieux de SLD qui ont entre 40 et 59 ans, ce qui fait que seulement le tiers des ressources IA a moins de 40 ans actuellement (ICIS, 2015 : 18). Les IA travaillant en soins de longue durée sont donc plus vieillissantes que celles des milieux hospitaliers.

Du côté de l'Ontario, c'est près de 14 % des IA qui avaient 60 ans et plus en 2014 (RNAO, 2015). C'est environ 4.5 % de plus que pour l'ensemble du pays. Ce qui signifie que le vieillissement des IA est donc plus important dans cette province. En 2010, l'ICIS avait déjà mis également en lumière que les infirmières ontariennes étaient plus âgées que celles du reste du Canada au niveau de 3 % (ICIS, 2010). Il était aussi fait mention que plus du quart des effectifs infirmiers étaient à l'aube de la retraite (ICIS, 2010). Considérant que plusieurs personnes décident de prendre leur retraite à compter de 65 ans ou avant, ces nombres sont inquiétants. Le vieillissement de la population générale n'épargne donc pas les IA qui sont actuellement en poste. Les infirmières qui vont partir à la retraite dans les milieux de SLD seront, pour toutes les raisons identifiées plus haut, difficiles à remplacer.

Il s'agit d'une situation inquiétante pour la population en générale, mais elle l'est encore plus pour la population âgée dont les besoins de soins de santé vont en augmentant et en se complexifiant au fur et à mesure que les personnes âgées avancent en âge (Sinha & coll., 2015; OLTCA, 2015). Avec un ratio qui se trouve en bas de 1 000 infirmières autorisées par 100 000 habitants, l'Ontario fait figure de parent pauvre

comparativement à un ratio de 1 185 pour Terre-Neuve et Labrador, de 1 517 pour l'Île-du-Prince-Édouard, et de 1 088 pour le Nouveau-Brunswick (ICIS, 2012).

Les besoins dans les milieux de SLD vont en effet continuer de croître alors que les ressources infirmières seront moins nombreuses dans tous les milieux de soins. À la lumière des statistiques présentées, il est facile de penser qu'il sera plus difficile d'attirer de nouvelles IA vers ce champ d'activité, déjà peu populaire, qu'est le milieu de soins aux personnes âgées. Le manque de reconnaissance sociale et professionnelle envers les infirmières travaillant dans des milieux de SLD n'est pas étranger également à cette pénurie (Guinchard & coll., 2012) qui, dans l'ensemble des pénuries existantes en soins infirmiers, appartient spécifiquement aux SLD.

1.3.3.2 Étudiantes impliquées dans cette pénurie

Un autre élément dont il faut tenir compte est que les nouvelles diplômées canadiennes en sciences infirmières sont maintenant plus âgées lorsqu'elles entrent sur le marché du travail. Dans les années 1980, elles commençaient leur carrière à un âge moyen de 23 ans, alors qu'actuellement l'âge moyen est de 26,2 ans (CNO, 2014); c'est donc trois années de moins de disponibilité sur le marché du travail.

Alors que dans les années 1980, il y avait plus de 30 000 diplômées chaque année, les dernières années en comptent moins de 12 000 (ACESIa, 2015). Pour l'année 2014, il y a eu 3 766 nouvelles infirmières qui se sont inscrites à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario alors que l'année précédente, il y en avait eu 3 859 (CNO, 2015, 2014). C'est donc dire qu'il y a une perte de 100 nouvelles infirmières autorisées sur le marché de l'emploi des soins infirmiers en un an. En 2005, 5 696

nouvelles recrues ont augmenté le nombre des infirmières diplômées en Ontario. Or depuis lors, ce nombre n'a jamais plus été atteint (CNO, 2015).

En 2014, seulement 13, 6 %, de nouvelles infirmières autorisées ont déclaré que leur secteur d'activité était les soins prolongés alors que 71 % ont indiqué le milieu hospitalier (CNO, 2014). Ceci montre le peu d'attrait du milieu de SLD comparativement au milieu de soins aigus auprès des nouvelles diplômées. Cette situation est préoccupante, car la clientèle des personnes âgées qui ne semble pas occuper une place importante dans le cœur des futures infirmières est aussi représentative du plus grand nombre d'heures contacts que l'infirmière aura à établir tout au long de sa formation. Environ, un tiers (1/3) des nouvelles diplômées se dirigent vers les départements de médecine, ou de chirurgie, dans leurs cinq premières années de pratique (ICIS, 2008). Les deux tiers (2/3) restants ont le choix parmi plus d'une quinzaine de champs de pratique, dont celui de la gériatrie et des SLD.

Comme l'AIIC prévoyait que près de 60 000 postes à temps complet au Canada devraient être pourvus d'ici 2022 (AIIC, 2009), cette situation mènera sûrement à une concurrence entre les différents milieux de soins dans l'enrôlement de nouvelles infirmières autorisées. Il y aura aussi un défi de taille afin de maintenir les IA déjà en poste en milieu de SLD. Le peu de valorisation accordé au travail dans les milieux de SLD faits en sorte que ce milieu, qui est déjà en manque de personnel, et donc qui affiche un surplus de tâches, part bon dernier dans la course au recrutement de personnel infirmier. Cet état de fait est également corroboré par la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) qui, dans un rapport récent, mentionne que le fait que les infirmières

qui travaillent dans ces milieux reçoivent un salaire moindre que celles qui travaillent dans les milieux hospitaliers empire la situation (RNAO, 2015).

De plus, au cours de ces dernières années il y a eu une diminution des possibilités d'obtenir un poste à temps plein dans les différents milieux pour les nouvelles IA débutant dans la profession. En effet depuis 2012, seulement une nouvelle infirmière sur deux obtiendra un poste à temps plein (CNO, 2014). Ceci alors qu'il y a déjà un manque de ressources pour répondre aux besoins de la population, car des milliers d'heures supplémentaires sont réalisées par les infirmières de toutes les catégories pour tenter d'y parvenir (CNO, 2014 ; FCSII, 2014). Pour l'année 2012, le temps en surplus travaillé a été équivalent à 11 900 emplois à temps plein (FCSII, 2012). Le message que les étudiantes en sciences infirmières reçoivent ajoute à la confusion. Y a-t-il véritablement des besoins à combler ou non?

1.3.3.3 Place de futures IA dans un tel contexte

Le recrutement de nouvelles IA, voulant travailler avec la clientèle âgée dans le domaine de la santé en SLD, n'est pas facile. En effet, parmi les futures infirmières qui sont en formation, peu démontrent un intérêt pour aller travailler avec la clientèle des personnes âgées ou dans les milieux de SLD (Guinchard & coll., 2012; Abbey, Abbey, Bridges, Elder, Lemcke, Liddle, & Thornton, 2006). Pourtant, à la base, selon Pepin et ses collègues (2010), les personnes qui choisissent la profession infirmière sont intéressées par l'être humain de façon générale.

Dallaire (2008) mentionne que lorsque les étudiantes commencent leur formation en soins infirmiers et qu'elles sont questionnées sur le milieu où elles souhaitent travailler, les milieux de soins aigus ressortent. À la fin du programme de baccalauréat

en sciences infirmières, leurs idées ont peu changé même si la majorité de la clientèle, avec qui elles ont travaillé lors de leurs différents stages, était des personnes âgées. Déjà, Wenner (1988) avait fait les mêmes constatations et spécifiait que lorsqu'on demandait aux étudiantes le milieu où elles souhaitaient travailler, ou avec quelle clientèle elles aimeraient travailler une fois leur diplôme reçu, elles répondaient avec des départements ayant beaucoup plus d'appareils technologiques comme les soins intensifs ou la salle d'urgence.

Puisque la situation de pénurie d'infirmières se poursuit et risque de s'intensifier en milieu des SLD, alors que le vieillissement de la population est sur le point d'atteindre son apogée, il est important de tenter de trouver des solutions afin d'éviter une détérioration de la qualité de soins accordée à nos aînés. Il existe peu de recherches canadiennes concernant l'intérêt des futures infirmières à travailler avec la clientèle des personnes âgées mis à part celles de Guinchard et ses collègues (2012); Sylvain et ses collègues (2014). Des études faites aux États-Unis (Davis, Beel-Bates & Jensen, 2008), en Suède (Fagerberg & Kihlgren, 2001) et en Australie (Happell, Dip & Brooker, 2001) ont cherché à comprendre le phénomène afin d'en diminuer l'impact.

Au Canada, il y a eu peu d'intérêt pour cette problématique. Or, il est important de s'y pencher dès maintenant avec le vieillissement accentué de la population. À cet égard, il est nécessaire de définir les éléments de base qui pourraient permettre d'attirer les nouvelles diplômées vers les soins de longue durée. En effet, en comprenant mieux ce que pensent les étudiantes, des pistes de solution à la pénurie de main-d'œuvre pour travailler avec les personnes âgées peuvent émerger. Celles-ci pourront ensuite être mises en application afin d'améliorer la situation. Le fait d'avoir des IA en nombre

suffisant pour assurer des soins de qualité à la clientèle des aînés leur permettra de poursuivre leur vie avec une santé optimale et dans les meilleures conditions (Horn, Buerhaus, Bergstrom & Simout, 2005). Il faut encourager la profession infirmière auprès des jeunes qui désirent faire carrière auprès de la clientèle âgée, plus particulièrement dans le domaine des SLD. Ce qui nous amène à nous questionner sur le but de l'étude.

1.4 Le but de cette recherche

La présente recherche a pour but de mieux comprendre les facteurs qui ont influencé et qui influent encore sur les étudiantes en sciences infirmières de sorte à s'orienter dans la profession et en particulier pour y travailler auprès de la clientèle âgée. Étant donné le manque de données sur le sujet au Canada, notre étude prend tout son sens dans le fait de permettre de comprendre mieux les éléments qui influencent les jeunes IA à s'orienter vers les soins aux personnes âgées.

L'accent a été mis sur les étudiantes du programme en français des sciences infirmières dans une université à vocation bilingue en Ontario. Ceci parce qu'elles sont d'une part, celles qui donneront des soins à la population âgée francophone en situation minoritaire, qui est également, d'autre part, la population qui vieillit le plus rapidement en Ontario, ou plus exactement dans le nord de l'Ontario. Selon Bouchard, Makvandi, Sedigh et Van Kemenade (2014), les personnes âgées francophones vivant dans le Nord de la province se considèrent en moins bonne santé que leurs homologues anglophones. Il est donc important de leur offrir des soins de santé de qualité notamment avec le vieillissement tout autant que des soins de longue durée qui répondent à leur besoin en tant que francophone.

Ce qui est analysé dans cette étude, ce sont les expériences des étudiantes qui terminent leur programme en sciences infirmières afin de comprendre ce qu'elles vivent, ce qu'elles choisissent et pourquoi elles font de tels choix. Le but de cette étude est donc de comprendre l'expérience des étudiantes finissantes francophones d'un programme de sciences infirmières auprès de la clientèle des personnes âgées.

1.4.1. Question de recherche

Dans la présente recherche, nous tentons de répondre à la question suivante : en quoi le marché du travail, le cadre de formation, le vieillissement et la pénurie d'infirmières autorisées interfèrent sur le choix des étudiantes en sciences infirmières d'œuvrer auprès des personnes âgées en milieu de soins de longue durée?

Nous émettons l'hypothèse que ces futures IA, avant de s'engager auprès des personnes âgées, désirent obtenir plus d'expérience afin de devenir plus compétentes dans leur travail auprès de cette clientèle présentant des défis multiples et des problèmes de santé complexes et variés. Cette hypothèse plutôt que d'être à vérifier, car cela est impossible dans le cadre d'une recherche qualitative à caractère inductif, sera davantage une sorte de rempart qui nous a menés à développer un cadre théorique et conceptuel relativement à un tel problème de recherche.

Puisque le vieillissement de la population entraîne une augmentation de la demande de soins pour répondre aux besoins et que les milieux de soins de longue durée se remplissent de personnes âgées avec des besoins de santé grandissants et plus complexes, la clientèle des personnes âgées a besoin de recevoir des soins de qualité pour répondre à ses besoins.

Les futures infirmières autorisées en terminant leur formation, qui leur a permis de développer un certain degré de compétence ont possiblement le sentiment que le défi représenté par la clientèle des milieux de SLD est énorme. Il est plausible de croire qu'elles perçoivent que ce défi n'est pas de leur niveau actuel de compétence.

Pour accéder au marché du travail, les diplômées d'un programme de formation en sciences infirmières se doivent de réussir des examens d'admission à la profession qui mesure leur niveau de connaissances, de jugement et de compétence. Ce dernier concept s'avère donc une notion importante, même fondamentale, dans un tel contexte et c'est ce qui sera développé, en terme de cadre conceptuel, au prochain chapitre. C'est à partir de la théorie de Patricia Benner, théoricienne reconnue en sciences infirmières, que la compétence sera exposée. Plusieurs concepts de la compétence seront également présentés afin de démontrer que cette notion est complexe et qu'elle est en évolution constante. Le choix de s'appuyer ici sur des cadres théorique et conceptuel a été fait de façon délibérée car il y a peu d'études sur la problématique choisie et il nous apparaît essentiel de tenter d'augmenter les connaissances sur cette situation.

CHAPITRE 2

Cadres théorique et conceptuel

Ce deuxième chapitre présente les cadres théorique et conceptuel qui ont servi d'assise à cette recherche. Selon Mucchielli (2005), le cadre théorique permet de donner une lumière particulière au phénomène étudié afin de mettre en relief un concept principal de façon à ce qu'il serve d'appui pour procéder à l'analyse des données recueillies. Le cadre théorique qui est utilisé pour développer la notion de compétence dans cette étude est celui d'une théoricienne de grand talent, reconnue pour avoir effectué de nombreuses recherches en sciences infirmières. Il s'agit du modèle d'acquisition de la compétence telle que vue par Patricia Benner. Cette auteure a inspiré de nombreux autres chercheurs sur ce thème, desquels Laurie Gottlieb dont les travaux seront discutés également. Cette dernière a élaboré une liste de forces que chaque IA doit développer afin de donner des soins de qualité et démontrer sa compétence.

Le cadre conceptuel de notre thèse repose, quant à lui, sur les notions de compétence et d'expérience en sciences infirmières. Selon le dictionnaire Larousse en ligne, la définition respective de ces deux (2) notions est la suivante : pour la compétence, c'est la « capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger ». En ce qui a trait à l'expérience, c'est la « pratique de quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude; connaissance tirée de

cette pratique ». Ces notions sont au cœur du monde du travail et permettent à la société de déterminer si elle peut faire confiance à l'IA comme professionnelle de la santé (Le Boterf, 2011). C'est le développement de la compétence professionnelle par l'acquisition de l'expérience théorique et pratique qui permet à l'IA d'assurer à la population des soins de qualité et sécuritaires en tout temps et d'obtenir ainsi sa confiance. C'est en étant en contact avec des défis cliniques, qu'elle peut résoudre avec l'aide de collègues, que la nouvelle IA augmente son niveau de compétence pour graduellement pouvoir faire face à des défis cliniques de plus en plus complexes de façon autonome (Gottlieb, 2014). Selon la zone proximale de développement de Vygotski, si le défi devient trop difficile, l'apprenante a besoin d'obtenir du support direct d'une personne plus compétente qu'elle afin de poursuivre celui-ci sinon, elle préférera éviter ce type de défi (Bee & Boyd, 2011). C'est ce qui est remarqué dans les milieux de SLD que les nouvelles IA préfèrent éviter en débutant leur carrière.

Afin de démontrer qu'elle comprend et accepte ses devoirs envers la population, tout en étant une professionnelle qui a à cœur le bien-être et la sécurité de ses patients/clients, la nouvelle venue dans la profession se doit de démontrer un exercice réfléchi, car elle est imputable de ses actes et ses décisions envers le public tel que mentionné par son ordre professionnel provincial. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) encadre la profession à l'aide de ces notions très pertinentes pour le travail des infirmières dans la province.

Ces notions sont donc soutenues par un cadre théorique lié à la thèse de Benner (1995), qui porte sur l'acquisition progressive des compétences par les différents types de savoirs lors de la prise d'expérience dans le milieu clinique, ainsi que celle de

Gottlieb, portant sur les forces utilisées par l'IA pour faire ressortir celles des clients qu'elle aura à prendre en charge au cours de sa carrière. Le cadre conceptuel sur les compétences de l'OIIO y est également présenté.

2.1 La compétence

La compétence appartient au monde du travail et c'est premièrement par l'éducation que les personnes arrivent à l'acquérir. Ce concept de compétence suscite un débat entre le monde de l'éducation et celui de la formation professionnelle, dont celle en santé depuis plusieurs années. En effet, comme la compétence n'a pas de définition unanimement reconnue, elle est perçue différemment par les différents experts de ces domaines (Fernandez, Dory, Ste-Marie, Chaput, Charlin & Boucher, 2012). En éducation, les compétences doivent être évaluées sous forme d'habiletés mesurables, objectives, et précises (Prevost, Kpaizai & Attiklemé, 2015). Ces auteurs précisent également que les compétences à atteindre doivent être limitées en nombre, mais qu'il n'y a pas consensus sur le nombre qui serait approprié pour évaluer correctement la compétence.

Dans la formation professionnelle, la compétence passe par l'acquisition de compétences, qui sont des gestes, dont le nombre à atteindre varie énormément d'un programme à un autre, et qu'en plus, les énoncés des compétences ne sont pas toujours mesurables (Fernandez & coll., 2012). Ces auteurs précisent que la preuve de la compétence est un mélange de connaissances, d'habiletés et de traits de personnalité qu'un professionnel peut utiliser adéquatement dans une situation spécifique. L'Association canadienne de la formation professionnelle donne la définition suivante sur son site web : « Une compétence professionnelle signifie la démonstration

par un individu qu'il possède la capacité – c'est-à-dire les connaissances, les habiletés et les attitudes – d'accomplir un acte professionnel, une activité ou une tâche – conformément à une norme et/ou à toute autre exigence prédéterminée ». Si les connaissances et les habiletés sont objectivables, il en est autrement pour les attitudes qui peuvent être évaluées différemment selon l'évaluateur (Fernandez et coll., 2012), d'où le débat sur le concept de compétence.

Dans le milieu de la santé ou milieu clinique, les compétences professionnelles sont aussi appelées compétences cliniques. Pijl-Zieber, Barton, Konkin, Awosoga et Cain (2013) affirment que la compétence est le but ultime à atteindre en sciences infirmières et que c'est plutôt un état d'être holistique, tandis que les compétences sont des énoncés d'habiletés, de procédures. Le concept de compétence connaît donc des variations. Dans cette étude, il est représenté par des niveaux à développer dans la théorie de Benner (1995), par des forces à démontrer dans le modèle de Gottlieb, à des comportements attendus et d'habiletés à démontrer selon Stuart entre autres. Si à première vue le concept semble très variable selon les différents auteurs, en regardant de plus près ces façons de l'aborder, nous pouvons remarquer que tous se rejoignent au niveau de l'acquisition des savoirs et de la pratique afin que la personne puisse les utiliser en action.

2.1.1 Compétences en sciences infirmières

Les IA doivent démontrer leur compétence et selon l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) : « L'infirmière est compétente lorsqu'elle montre qu'elle possède les connaissances, les compétences, les aptitudes et le jugement nécessaires pour exercer la profession conformément aux normes de sécurité et de déontologie »

(OIIO, 2014 : 11). D'après l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), « une compétence décrit la combinaison des connaissances théoriques et pratiques, du jugement et des caractéristiques personnelles qu'une infirmière doit avoir pour pratiquer de manière sécuritaire et conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés » (AIIC, 2014 : 27). L'IA doit donc posséder différents savoirs. Ces savoirs sont souvent présentés comme le « savoir » pour représenter les connaissances; le « savoir-faire » pour les habiletés techniques et le « savoir-être » pour la présence authentique de l'IA (Pepin & coll., 2010).

Selon Stuart (2013), les différentes recherches en sciences infirmières effectuées ces dernières années démontrent qu'il n'y a pas de la définition commune claire et acceptée de tous sur la « compétence clinique », car ce concept comprend plusieurs éléments, comme les différents savoirs, ayant chacun de multiples facettes, comme une énumération des différentes actions à poser pour démontrer sa compétence. D'autres chercheurs, ayant tenté de trouver une définition unique à ce concept dans les écrits scientifiques, abondent dans le sens du non-consensus sur la définition de la compétence (Lima, Newall, Kinney, Jordan & Hamilton, 2014; Chiarella, Thoms, Lau & McInnes, 2008; Terraneo & Avanzino, 2006). Ces derniers affirment qu'il finit par être vide de sens si les auteurs des écrits ne prennent pas le temps de le définir correctement (Terraneo & Avanzino, 2006).

Stuart (2013) mentionne que l'évaluation de la « compétence professionnelle » doit compter sur les éléments suivants : le niveau de connaissance et de compréhension; la capacité de transférer ses connaissances et habiletés dans des actions pertinentes; la capacité de s'adapter aux différentes situations; être en mesure de réfléchir sur sa

pratique; la reconnaissance de ses limites; la reconnaissance subjective de certaines données; être en mesure de maintenir de hauts standards dans sa pratique; être capable de reconnaître que la compétence est variable selon le contexte et le milieu; la capacité de reconnaître ce qui est anormal et d'agir de façon appropriée; d'adopter des pratiques respectant les politiques et procédures; maintenir ses connaissances en tout temps, la capacité d'enseigner aux autres et des habilités liées à la pratique.

Pour sa part, Tardif (2006) présente la compétence comme un « savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille situations » (p. 22). À partir du travail de cet auteur, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) ajoute que les compétences reposent sur des « gestes de savoir complexes fondés sur la combinaison et la mobilisation de ressources internes (connaissances, aptitudes, attitudes) et externes, ainsi que sur leur mise en application appropriée à des situations particulières » (ACESI, 2014 : 3).

Selon Phaneuf (2002), la compétence professionnelle est certainement complexe et possède de multiples facettes, mais elle est aussi liée aux qualités d'écoute, d'attention et d'empathie de l'IA elle-même. Pour elle, la compétence infirmière doit mobiliser deux (2) aspects principaux que sont : les capacités personnelles de la personne qui veut être infirmière et ses savoirs et savoir-faire en soins infirmiers. Elle précise : « ... que la compétence représente plus que la somme de nos savoirs et de nos capacités. Elle donne naissance à un nouveau construit issu d'une dynamique interactionnelle entre ces éléments » (Phaneuf, 2002 : 3). Pour cette auteure, la compétence est donc un mélange de savoir, de savoir-faire et de savoir-être. Ces savoirs ne s'acquièrent pas tous de la

même façon et en même temps. Les propos de Dallaire (2008 : 181) abondent dans le même sens en mentionnant que « les compétences reposent sur des connaissances, des habiletés et des attitudes thérapeutiques ». Si les auteurs ne s'accordent pas sur une définition unique de la compétence, compétence clinique ou compétence professionnelle, il ressort tout de même de la majorité d'entre eux que « pour être considérée comme compétente, l'IA se doit nécessairement de développer différents savoirs ».

2.1.2 Différents savoirs de l'IA : selon la thèse de Benner

Si le savoir s'acquiert assez facilement et rapidement lors de la formation, selon Pepin et ses collègues (2010), c'est qu'il fait appel aux connaissances. Le défi pour les étudiantes est de maîtriser le savoir-faire qui est plus complexe, car il demande de se servir de ces savoirs afin de pouvoir analyser de façon critique les situations et déterminer la bonne intervention à poser (Pepin & coll., 2010). Le savoir-faire est donc une tâche d'un niveau de complexité plus élevé.

Gottlieb (2014) mentionne que les deux catégories de savoir qui s'affrontent souvent dans les soins infirmiers sont le savoir-faire et le savoir-être. Le savoir-faire est évident et facilement démontrable, car il se voit et peut être mesuré. Il comprend les différentes techniques et actes que font les IA quotidiennement notamment comme la surveillance des appareils électroniques, la prise de signes vitaux, l'administration des médicaments. Le savoir-être, quant à lui, est beaucoup plus subtil et repose sur ce qu'il est convenu d'appeler le *caring*¹. Ce savoir se passe au niveau de la relation que l'IA

¹ Le *caring* selon la théorie de Jean Watson est une façon de concevoir le soin apporté à l'autre (patient) ancrée dans un système de valeurs humanistes et altruistes afin d'avoir une approche holistique. À partir du site web : <https://www.watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/>

développe avec chacun de ses clients passant du stade de la technicienne qui surveille ses appareillages à une professionnelle qui donne des soins holistiques à une personne unique. Cet aspect des soins infirmiers a été minimisé et même dégradé dans les milieux de soins aigus afin de pouvoir remplacer l'IA par d'autres types de soignants. Ainsi, les IA ont graduellement mis plus d'emphasis sur le savoir-faire qui lui est valorisé autant dans les milieux que dans la société. Ce faisant, l'IA s'est éloignée d'une partie de son essence qui lui permettrait de se sentir plus à l'aise dans les milieux de SLD.

Selon Benner (2001), la compétence est « un domaine défini de prestations de soins qualifiées pouvant être identifiées et décrites par leurs intentions, leurs fonctions et leurs significations » (traduction libre, Benner, 2001 : 292). Pour cette auteure, les connaissances nécessaires à l'IA pour démontrer sa compétence sont donc des trois (3) niveaux de savoirs. L'IA doit tenir compte des éléments théoriques tout autant que pratique pour se développer et évoluer vers une expertise clinique et, ce processus prend du temps.

Pour Benner (2001), l'expertise se développe graduellement avec l'expérience dans des situations réelles avec différentes personnes. Elle affirme que dans la pratique infirmière, il y a une composante intuitive dans la prestation des soins qui se développe avec le temps. Cette composante perceptive est ce qui permet à l'IA de démontrer son jugement clinique qui va au-delà de juste analyser des faits. En effet, l'IA qui possède une bonne expertise peut analyser des données subtiles et porter un jugement avant même que le problème soit soulevé. Cette capacité est d'autant plus bénéfique pour la clientèle qu'elle permet de poser des interventions de manière préventive. L'IA

démontrant de telles capacités de jugement pourra en venir à traiter « l'être global » qui se présente à elle, par une aptitude à donner des soins de manière holistique.

Dans les années 1980, Benner a adapté le modèle d'acquisition de compétences à la profession infirmière. Le modèle de base sur l'acquisition de compétences, que Dreyfus et Dreyfus avaient développé, portait sur les performances des pilotes d'avion en situation d'urgence. Puisque ceux-ci ne pouvaient se permettre de faire des essais-erreurs en milieu réel sans risquer leur vie et celle des autres personnes, elle a fait le parallèle avec la profession infirmière où les décisions cliniques de l'IA pouvaient avoir des conséquences dramatiques sur les clients dont elle avait la charge risquant de leur donner la mort.

Du fait des risques qu'ils comportent à la fois pour l'infirmière et pour le malade, les soins infirmiers compétents nécessitent des programmes d'éducation bien planifiés. L'acquisition de compétences fondée sur l'expérience est plus sûre et plus rapide si elle repose sur de bonnes bases pédagogiques. (Benner, 1995, p. 3)

C'est ainsi que lors de leur formation, les futures IA reçoivent une formation théorique et pratique préalablement approuvée par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). Cette association, pancanadienne, est chargée de la qualité de la formation par l'évaluation des savoirs à travers l'accréditation de la formation par l'Agrément des écoles des sciences infirmières.

Tout au long de son programme de formation, la future IA pourra acquérir certaines compétences théoriques et expérientielles, qu'elle devra s'actualiser dans son développement professionnel en milieu clinique réel pour poursuivre l'acquisition de

l'ensemble de ces compétences. Benner a répertorié trente et une compétences divisées en sept domaines (aide, éducation, diagnostic, prise en charge, thérapie, qualité des soins, organisation et répartition des tâches) qu'il est nécessaire que l'IA développe et qui sont présentées au tableau qui suit dans les deux (2) prochaines pages.

Tableau 3 : Compétences selon Benner

Domaines	Compétences
Fonction d'aide	<ul style="list-style-type: none"> → Relation de guérison : créer une ambiance propice à l'établissement d'une relation permettant la guérison; → Prendre des mesures pour assurer le confort du malade et préserver sa personnalité face à la douleur et à un état extrême de faiblesse; → Présence : être avec le malade; → Optimiser la participation du malade pour qu'il contrôle sa propre guérison; → Interpréter les différents types de douleur et choisir les stratégies appropriées pour les contrôler et les gérer; → Réconforter et communiquer par le toucher; → Apporter un soutien affectif et informer les familles des malades; → Guider les malades lors de changements survenant sur les plans émotionnel et physique – proposer de nouveaux choix, éliminer les anciens : guider, éduquer, servir d'intermédiaire; agir comme médiateur psychologique et culturel; utiliser des objectifs dans un but thérapeutique; établir et maintenir un environnement thérapeutique.
Fonction d'éducation, de guide	<ul style="list-style-type: none"> → Moment : savoir quand le malade est prêt à apprendre; → Aider les malades à intérioriser les implications de la maladie et de la guérison dans leur style de vie; → Savoir et comprendre comment le malade interprète sa maladie; → Fournir une interprétation de l'état du malade et donner les raisons des traitements; → Fonction de guide : rendre abordables et compréhensibles les aspects culturellement tabous d'une maladie.
Fonction de diagnostic et de surveillance du malade	<ul style="list-style-type: none"> → Détecter et déterminer des changements significatifs de l'état du malade; → Fournir un signal d'alarme précoce : anticiper une crise et une détérioration de l'état du malade avant que des signes explicites ne confirment le diagnostic; → Anticiper les problèmes : penser à l'avenir; → Comprendre les demandes et les comportements types d'une maladie : anticiper les besoins du malade; → Évaluer le potentiel de guérison du malade et répondre aux différentes stratégies de traitement.

Tableau 3 : Compétences selon Benner - suite

Domaines	Compétences
Prise en charge efficace des situations à évolution rapide	<ul style="list-style-type: none"> → Compétences lors d'urgences vitales : appréhension rapide d'un problème; → Gestion des événements : faire correspondre rapidement les besoins et les ressources lors de situations d'urgence; → Identification et prise en charge de la crise d'un malade jusqu'à l'arrivée d'un médecin.
Administration et surveillance des protocoles thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> → Mettre en route et surveiller un traitement par voie intraveineuse avec le minimum de risques et de complications; → Administrer des médicaments de manière appropriée et sans danger : surveiller les effets secondaires, les réactions, les réponses au traitement, la toxicité et les incompatibilités; → Combattre les dangers de l'immobilité : prévenir l'apparition d'escarres et les soigner, faire marcher et mobiliser les malades pour augmenter leurs chances de rééducation et prévenir les complications respiratoires; → Créer une stratégie de soins de la plaie qui facilite la guérison, le confort et un drainage approprié.
Assurer et surveiller la qualité de soins	<ul style="list-style-type: none"> → Fournir un système pour assurer la sécurité du malade lors des soins médicaux et infirmiers; → Évaluer ce qui peut être omis ou ajouté aux prescriptions médicales sans mettre la vie du malade en danger; → Obtenir des médecins des réponses appropriées en temps utile.
Compétences en matière d'organisation et de répartitions des tâches	<ul style="list-style-type: none"> → Coordonner, ordonner et répondre aux multiples besoins et demandes des malades : établir des priorités; → Constituer et consolider une équipe soignante pour prodiguer les meilleurs soins; → Faire face au sous-effectif et à une rotation importante du personnel : planifier les événements, anticiper et prévenir les périodes où la charge de travail sera excessive pour une équipe, utiliser et maintenir l'esprit d'équipe; gagner le soutien moral des autres infirmières, maintenir un comportement humain envers les malades même en l'absence de contacts proches fréquents, maintenir une attitude souple envers les malades, la technologie et la bureaucratie.

Source : À partir de Benner, 1995

Il y a cinq (5) étapes à franchir pour parvenir à développer l'ensemble des compétences du modèle de Benner (1995). Pour faire l'acquisition des habiletés nécessaires, l'IA doit passer par ces étapes successives : de novice, à débutante avancée, elle devient ensuite « compétente », puis performante et finalement experte (Benner, 2001, 1995). Ces étapes sont expliquées dans les paragraphes qui suivent.

Au premier niveau, nommé novice, l'IA commence sa carrière en n'ayant aucune autre expérience de terrain que ce qu'elle a acquis durant sa formation. Elle a donc besoin de s'appuyer sur les normes et paramètres biologiques tels qu'elle les a appris afin de déterminer si le client présente un problème de santé ou non. Elle a besoin d'un cadre rigide où les règles sont précises et claires, car elle est limitée dans sa pratique ne pouvant pas encore établir facilement de liens entre ce qu'elle a appris et ce qu'elle observe. L'encadrement est primordial à ce niveau, car elle intervient de façon limitée et plutôt rigide en tenant peu compte du contexte où la situation se produit. Elle base ses décisions sur les règles déjà établies, mais oublie qu'il y a beaucoup d'exceptions à la règle quand les infirmières travaillent avec des êtres humains, car chaque situation est unique. En effet, la séquence appropriée des gestes à poser pour intervenir avec un client peut être différente de celle d'un autre client même si l'ensemble des gestes à poser est les mêmes.

Au deuxième niveau, celui de débutante, l'IA a acquis de l'expérience clinique et commence à faire des liens plus facilement entre les notions théoriques apprises et les situations qui se présentent à elle. Elle utilise ses expériences passées pour établir ses décisions, mais a de la difficulté à établir ses priorités de soins et faire le tri selon la pertinence dans les informations qu'elle obtient. Elle formule plusieurs hypothèses et les

élimine graduellement avant de s'arrêter sur ce qui est plus plausible. Elle a donc besoin d'un certain temps pour établir ses interventions et peut difficilement agir rapidement en toute efficacité à ce niveau. Elle est en mode réaction à ce qu'elle voit. Elle a encore besoin d'encadrement, mais de façon moins constante. Avoir accès à une personne-conseil, comme un mentor, est un atout pour le développement professionnel à ce niveau, car la débutante sait alors vers qui elle peut se tourner pour l'aider lorsqu'elle en a besoin. Elle voit encore les clients comme un assemblage d'éléments qu'elle doit analyser et décortiquer. Elle a de la difficulté à organiser son travail, car elle ne fait pas encore la différence entre ce qui est important et ce qui l'est moins.

La compétente est le troisième niveau et il faut environ deux (2) ou trois (3) ans pour atteindre ce niveau. Rendue là, l'IA a la capacité de comprendre plus en profondeur les données cliniques pertinentes, à démontrer de bonnes habiletés techniques, à bien organiser sa charge de travail et à prévoir les événements pour agir de façon proactive en reconnaissant la progression des symptômes chez les clients dont elle a la responsabilité. Elle peut faire un plan d'ensemble des interventions appropriées pour chaque client dont elle a la charge et l'adapter selon le déroulement prévu, mais aussi selon les imprévus qui surviennent. Elle a besoin de temps pour y arriver, car elle n'a pas encore développé sa pleine efficacité, mais elle est autonome et s'organise bien. Elle sent qu'elle est en partie en contrôle d'elle-même et qu'elle peut faire face aux différents événements se déroulant dans sa pratique professionnelle. Les liens entre les différents savoirs se font plus facilement. Elle peut tirer profit de ses expériences passées pour améliorer ses différentes interventions. Il lui est plus facile de coordonner des soins complexes, variés et multiples.

Le quatrième niveau est appelé celui de la performante, car l'IA perçoit réellement l'être humain comme un tout indissociable avec toutes ses différentes composantes. Elle est capable de choisir efficacement les données qui sont les plus pertinentes pour établir ses décisions cliniques. Elle se base sur ses connaissances tout autant que sur ses expériences antérieures pour prendre des décisions de façon rapide et efficace. Elle peut détecter un changement de l'état d'un client même si les paramètres biologiques ne le démontrent pas encore. Elle démontre une perception de l'autre très juste, car elle est sensible à tous les types de données que le client lui donne à travers tous ses sens. Elle peut appréhender une situation clinique avant même qu'elle se présente en se basant sur ces données et ses expériences antérieures. Ainsi, elle peut modifier ses interventions prévues pour les adapter à la nouvelle analyse de la situation qu'elle fait lorsque de nouvelles données se présentent. Sa capacité de faire face aux événements lui permet d'être rapide et efficace, car elle peut aller directement au cœur du problème sans passer par une longue élimination d'hypothèses comme elle le faisait dans les premières étapes. Pour atteindre ce niveau, il faut que l'IA ait travaillé de trois (3) à cinq (5) ans dans un même milieu clinique.

Au dernier niveau, qui est celui de l'experte, l'IA comprend la situation de son client dans son ensemble et prend ses décisions dans leur intérêt supérieur. Elle a profondément intégré ses connaissances théoriques avec son expérience clinique; à un point tel qu'elle semble agir par intuition. Sa perception holistique du patient/client lui permet de pouvoir être centrée complètement sur ses besoins et d'y répondre de façon adéquate. Elle utilise l'ensemble de ses perceptions de l'autre afin d'intervenir, car elle reconnaît les besoins de l'être humain unique qu'elle a devant elle. Grâce à ses cinq (5)

sens biologiques et son sixième (6^e) sens, elle a une compréhension totale de ses clients et peut repérer les changements de leur état de façon performante. Peu importe que la situation soit simple ou très complexe, elle agit de façon appropriée pour chaque client, car sa capacité d'analyse est très élargie et complète. Elle fait ce qu'il faut faire, quand il faut le faire, comme par instinct. Elle ne peut pas toujours expliquer de façon scientifique ses décisions sur le moment. Elle va plutôt dire qu'elle sentait que c'était ce qu'elle devait faire sur le coup. Quand elle prend le temps de bien y réfléchir, elle pourra définir l'ensemble de son raisonnement et les liens qu'elle a faits entre les notions théoriques apprises, les expériences passées, les perceptions qu'elle avait, les éléments qu'elle a jugés prioritaires et l'analyse qu'elle a faite de tout ça.

Il est évident qu'à la lumière des étapes déterminées par Benner, la compétence d'une infirmière n'est pas acquise seulement par l'obtention d'un diplôme de l'IA. Durant sa formation, elle a acquis une partie de ce qui est considéré comme la compétence par plusieurs savoirs qu'elle doit maintenant développer plus en profondeur. C'est également à travers ces étapes de Benner (1995) que l'IA pourra vivre trois (3) changements majeurs comme professionnelle :

- 1— elle va développer de la confiance en sa capacité d'utiliser ses connaissances théoriques, plutôt abstraites, dans des situations concrètes et faire des liens entre une expérience vécue et ce qu'elle avait appris;
- 2— elle va percevoir les expériences auxquelles elle est confrontée comme un tout afin d'être capable d'analyser et utiliser les données pertinentes de ce tout pour intervenir efficacement;

3— elle va devenir partie prenante de la situation clinique en s’y impliquant réellement plutôt que seulement observer ce qui se passe.

Toujours d’après Benner, le développement de la compétence s’effectue donc graduellement avec la prise d’expériences lorsque l’IA peut mettre en pratique, dans un contexte réel, les notions théoriques qu’elle a acquises au départ et les comparer à des expériences passées. Il faut de la pratique professionnelle régulière pour passer d’un niveau à l’autre et il n’y a pas que le temps qui définit la capacité de passer d’un niveau à l’autre. C’est le fait de pouvoir utiliser l’ensemble de ses différents savoirs de façon efficiente qui fait la différence. L’utilisation des savoirs permet à l’IA de développer une pratique solidement ancrée dans ces savoirs. Aussi, il faut comprendre que les IA ne progressent pas toutes à la même vitesse dans ces étapes. Certaines prennent plus de temps pour y parvenir que d’autres selon leur capacité d’apprentissage. De même lorsqu’une IA de niveau experte change de département, ou de clientèle, elle revient au niveau de la novice pour une certaine durée; le temps de pouvoir intégrer les nouvelles données reliées à son nouveau contexte de travail. C’est donc sa capacité de démontrer ses habiletés qui détermine son niveau de compétence et non son nombre d’années d’expérience de travail.

Même si le temps n’est pas un facteur de prédiction fiable de l’acquisition des compétences, il n’en demeure pas moins qu’il faut un certain délai pour y parvenir. St-Pierre (2007) mentionne que pour atteindre le niveau de l’infirmière « compétente »; selon Benner (1995), il lui faut rester sur la même unité de soins durant au moins deux (2) ans et que cinq (5) années de travail à ce même endroit va lui permettre d’atteindre le niveau « experte ». Gottlieb (2014) précise également que l’IA, qui commence sa

carrière, aura besoin de sept (7) ans pour se rendre au niveau de l'infirmière experte. C'est donc par l'exposition continue à des situations de soins que l'IA peut se développer et traverser les niveaux de compétences présentés par Benner en acquérant de l'expérience professionnelle. Évidemment comme Benner (1995) l'a mentionné, la façon d'apprendre varie beaucoup d'une personne à une autre. Chaque être humain est unique et l'IA doit aussi prendre le temps de développer sa pleine capacité professionnelle en fonction de sa capacité d'apprendre.

Gottlieb (2014), grandement inspirée des travaux de Benner, prétend également que c'est la pratique soutenue qui permet de développer la compétence et l'excellence. La compétence ne s'acquiert donc qu'avec le temps à force de répétitions et d'exercices dans un processus réflexif. « C'est une pratique qui se gagne à force d'erreurs sur lesquelles il faut s'arrêter et se concentrer pour les analyser, faire les changements grands et petits qui s'imposent jusqu'au moment où l'on arrive à ne presque plus commettre d'erreurs, et ensuite, répéter, répéter et répéter jusqu'à ce qu'on ait atteint un bon niveau de compétence et de maîtrise » (Gottlieb, 2014 : 177). D'après cette auteure, une IA est compétente lorsqu'elle peut également démontrer certaines habiletés ou qualités, qu'elle nomme des « forces ». C'est ce qui est discuté au point suivant.

2.1.3 « Forces » une forme de compétence selon Gottlieb

L'approche des soins fondés sur les forces a été mise au point par Laurie Gottlieb au sein du programme de soins infirmiers de l'Université McGill et constitue une clé essentielle pour comprendre les avancées relativement aux soins infirmiers efficaces. Cette approche fait basculer le paradigme des soins infirmiers fondés sur le modèle médical vers un nouveau paradigme fondé sur les forces de l'individu, de sa famille et

de la communauté (Gottlieb, 2014). Elle a répertorié onze (11) forces regroupées en quatre (4) catégories telles que présentées au Tableau 4 de la page suivante.

La première catégorie, se composant des forces en matière de mentalité, est celle des attitudes et des valeurs qui doivent guider le comportement de l'IA. C'est la façon de penser qui influence le jugement de l'IA et ainsi ses actions. La deuxième catégorie porte sur les forces en matière de connaissances et de savoir et suppose que l'IA a la capacité d'acquérir et d'utiliser les informations correctement. Ainsi, elle développe continuellement ses connaissances et ses savoirs afin qu'ils se répercutent dans des actions réfléchies. La troisième catégorie est celle des forces en matière de relations humaines qui précisent les qualités essentielles pour développer un partenariat de collaboration avec les autres. C'est l'expression du *caring* qui est au cœur de la relation thérapeutique que l'IA développe avec son patient/client. La quatrième et dernière catégorie est celle des forces en matière de défense des intérêts qui est un rôle important de la profession infirmière. Dans cette catégorie, l'IA se doit de démontrer deux qualités essentielles afin d'être la réelle porte-parole du client et sa famille afin de défendre leurs droits, ce qui est une attente importante des ordres professionnels ainsi que de la population en générale.

Tableau 4 : Forces selon Gottlieb

Catégories en matière de	Forces et significations
Mentalité	<p>Pleine conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Être entièrement présent physiquement et mentalement lors de ses interventions. <p>Humilité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconnaître qu'on ne sait pas tout même si on a atteint un certain niveau d'expertise. <p>Ouverture d'esprit</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprécier les différences de l'autre pour l'aider à résoudre ses problèmes. <p>Acceptation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepter l'autre totalement sans jugement de valeur et se mettre à sa disposition.
Connaissances et savoir	<p>Curiosité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Préserver en tout temps son désir d'acquérir des connaissances et des expériences. <p>Introspection</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réfléchir de façon critique sur les expériences vécues et ressenties afin d'améliorer sa pratique.
Relations	<p>Respect et confiance</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avoir une attitude qui démontre une écoute attentive des besoins de l'autre et des siens. <p>Empathie</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Démontrer du <i>caring</i> lors de la prestation des différents soins requis par le patient/client. <p>Compassion et bienveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire preuve d'humanité dans chacune de ses communications avec l'autre.
Défense des intérêts	<p>Courage</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Défendre les causes justes et ses convictions dans le meilleur intérêt du patient/client. <p>Auto-efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avoir confiance en sa capacité d'atteindre ses buts par ses actions tout en maîtrisant son stress.

Source : À partir de Gottlieb, 2014

Quand l'IA est capable d'utiliser l'ensemble de ces forces dans sa pratique professionnelle, cela lui permet de prendre soin de sa clientèle de façon complète et de refléter sa culture infirmière, confirmant ainsi son professionnalisme. Certaines de ces forces peuvent être innées alors que d'autres doivent être acquises. L'IA se doit d'être consciente des forces qu'elle possède déjà, de celles qu'elle doit accroître et de celles qu'elle doit développer. Elle deviendra alors plus efficace et pertinente dans sa prestation de soins à la clientèle démontrant ainsi l'étendue de sa compétence.

Pour Gottlieb (2014), c'est le fait de développer sa compétence qui permet à l'infirmière d'augmenter sa confiance en elle et cette confiance entraîne le courage et la détermination au travail. « De plus, une personne qui se sent compétente sera plus susceptible d'avoir confiance dans ses décisions ou de s'engager dans un processus pertinent de prise de décision. » (Gottlieb, 2014 : 94) Le sentiment d'être compétente permet donc à l'IA de se sentir plus à l'aise dans sa prise de décisions professionnelles. Elle peut alors établir quelles sont les interventions les plus appropriées pour un patient/client en tenant compte de ses besoins particuliers.

Gottlieb mentionne aussi qu'il est important que l'IA démontre des habiletés techniques spécialisées en plus de ses connaissances dans « cette nouvelle ère où la science, la technologie et l'information jouent un rôle capital » (Gottlieb, 2014 : 184). Elle rappelle toutefois que si ces enjeux sont importants, il n'en demeure pas moins que l'IA se doit de préserver une relation significative avec sa clientèle. C'est à partir de sa formation que l'IA peut apprendre ces différents volets de la profession (connaissances, habiletés spécialisées et rapport avec l'autre) et c'est tout au long de sa carrière qu'elle doit sans cesse les faire évoluer (Gottlieb, 2014 : 184-185). Si le fait d'être capable de

démontrer une expertise technique lors de sa pratique permet à l'IA de se sentir compétente, elle ne doit toutefois pas oublier que ceci ne représente qu'un volet de sa profession. Puisque c'est lorsque l'IA se sent compétente, qu'elle a le courage et la capacité de se fier à ses jugements pour donner des soins centrés sur les besoins du patient/client tel, il est important qu'elle mette autant d'énergie sur chacun des volets tels qu'il est attendu d'elle par son ordre professionnel.

2.1.4 Cadre conceptuel de l'organisation des compétences de l'OIIO

Les IA sont sous l'égide d'un ordre provincial qui régit tous les aspects de la profession. En Ontario, c'est l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) qui joue ce rôle dans le respect des lois provinciales légiférant la pratique des infirmières autorisées, les infirmières praticiennes et les infirmières auxiliaires autorisées. Afin d'aider les IA qui débutent dans la profession à bien comprendre ce qui est attendu d'elles, l'OIIO a conçu un document intitulé *Compétences essentielles à l'exercice de l'infirmière autorisée débutante* (dernière révision janvier 2014). L'Ordre définit la compétence de la manière suivante : « Compétence s'entend des connaissances, des habiletés et du jugement dont une infirmière a besoin pour exercer la profession conformément aux normes de sécurité et de déontologie. » (OIIO, 2014 : 4)

Les compétences selon l'OIIO sont des actes attendus de chaque nouvelle infirmière. Ces actes doivent trouver leur fondement dans l'ensemble de l'être humain qu'est l'IA. Ces compétences s'organisent selon un cadre réglementaire divisé en cinq (5) catégories principales toutes interdépendantes et simultanées où le patient/client est au centre de celles-ci. Les compétences exigées de l'IA doivent répondre à : la responsabilité professionnelle et l'obligation de rendre des comptes, l'exercice fondé sur

les connaissances et conforme aux normes de déontologie, le service au public et l'autoréglementation telles qu'illustrer à la figure suivante.

Figure 5 : Cadre conceptuel de l'organisation des compétences de l'OIIO



Source : Compétences essentielles à l'exercice de l'infirmière autorisée débutante, pub. n° 51037, OIIO, 2014

Chaque IA doit se conformer aux différents énoncés de compétences composant ces cinq catégories. Elle doit adopter les cent (100) comportements répartis dans chacune des catégories lors de sa pratique professionnelle quotidienne. Chaque catégorie comprend un énoncé de compétence qui définit ce qui est attendu d'elle et par la suite, un certain nombre de comportements associés à cette catégorie sont spécifiés. Le nombre de comportements varie selon les cinq (5) différentes catégories tel qu'indiqué au tableau suivant.

Tableau 5 : Description du cadre conceptuel de compétences, OIIO

Catégories	Énoncés de compétence et nombres de comportements associés
Responsabilité professionnelle et obligation de rendre compte	<p><i>L'infirmière adopte en permanence une conduite professionnelle, respecte les normes d'exercice et de déontologie de l'Ordre et reconnaît que son premier devoir est de toujours prodiguer au client des soins compétents et conformes aux normes de sécurité et de déontologie.</i></p> <p>23 comportements</p>
Exercice fondé sur les connaissances	<p>Connaissances spécialisées <i>L'infirmière puise dans diverses sources de connaissances et adopte divers modes d'apprentissage; elle intègre notamment ses connaissances infirmières tirées des sciences, des sciences humaines, de la recherche, de la spiritualité, de l'approche relationnelle, de l'analyse critique et des principes de soins primaires.</i></p> <p>12 comportements</p> <p>Application compétente des connaissances <i>L'infirmière met en pratique les compétences qu'elle a acquises. Les énoncés sur les compétences regroupés dans ce volet s'appliquent aux quatre volets de la prestation de soins : l'évaluation du client, la planification des soins, la prestation des soins et l'évaluation des soins. La prestation des soins infirmiers repose sur un processus d'analyse critique et un processus itératif, même si la présentation semble indiquer une progression linéaire de ces énoncés.</i></p> <p>38 comportements</p>
Exercice conforme aux normes de déontologie	<p><i>L'IA applique les valeurs et responsabilités déontologiques énoncées dans les normes de déontologie de l'Ordre. L'IA se livre aussi à une analyse critique pour prendre des décisions éclairées en matière de soins et établit des relations thérapeutiques empreintes de bienveillance et sécurisantes sur le plan culturel tant avec le client qu'avec les autres membres de l'équipe soignante.</i></p> <p>12 comportements</p>
Service au public	<p><i>L'IA doit montrer qu'elle comprend la notion de protection de la population et qu'elle doit, dans l'exercice de ses fonctions, collaborer avec les clients et les autres membres de l'équipe soignante interprofessionnelle, les intervenants et les décideurs pour favoriser la prestation et l'amélioration des services de santé.</i></p> <p>8 comportements</p>
Autoréglementation	<p><i>L'infirmière intervient en faveur de l'intérêt supérieur du public et s'engage à se perfectionner et à acquérir de nouvelles compétences. Elle démontre ainsi qu'elle comprend les objectifs de l'autoréglementation : la prestation continue de soins conformes aux normes de sécurité.</i></p> <p>6 comportements</p>

Source : À partir de Compétences essentielles à l'exercice de l'IA débutante, pub. n° 51037, OIIO, 2014

Il est nécessaire que l'IA se conforme en tout temps aux normes de sécurité et déontologiques qui la gouvernent. Pour ce faire, elle se doit d'être capable d'évaluer son patient/client adéquatement, d'intégrer et exécuter de façon concomitante plusieurs compétences. Cette situation doit se produire alors qu'elle tient compte du contexte particulier du patient/client, car elle est au cœur du cadre conceptuel de l'Ordre (OIO, 2014 : 4). Les critères de compétence sont des comportements attendus de l'IA et elle doit pouvoir les faire ressortir dans ses actions courantes pour justifier sa compétence. Elle doit donc démontrer son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. Ces trois (3) types de savoir sont au cœur même de la discipline infirmière, car chaque IA doit les avoir intégrés afin de démontrer sa compétence (Pepin & coll., 2010). C'est ce qui attendu des étudiantes qui finissent leur programme de formation et qui intègrent le marché du travail. En prenant la décision d'éviter les milieux de SLD, les IA qui débutent leur carrière pourraient donc être considérées comme très conscientes de leur niveau de compétence et respectueuses de l'aspect autoréglementation de leur ordre professionnel.

2.2 Les bases de l'expérience professionnelle

Les infirmières autorisées participent grandement à l'amélioration du bien-être de la population et le retour à la santé des gens malades. Au Canada, il y a eu un changement important dans la façon de les former. En effet, jusqu'au deux tiers du 20^e siècle, la transmission du savoir infirmier s'est effectuée de façon traditionnelle où les futures IA étaient formées par d'autres ayant de l'expérience, directement dans les milieux cliniques (Pepin & coll., 2010). L'ancien modèle du maître qui montre à son élève l'ensemble des compétences exigées jadis par le « métier » est bien révolu. C'est

dans les collèges et les universités que sont maintenant formées les IA, non plus au métier, mais à une profession et ce, depuis près de cinquante ans au Canada (ACESI, 2015c; Pepin & coll., 2010; Dallaire, 2008).

Dès lors, les IA ont voulu être reconnues comme des professionnelles à part entière et non seulement des exécutantes sous les ordres des médecins (Dallaire, 2008). Elles ont constaté que c'est par une formation solide, remplie de connaissances variées et appuyées par des données probantes, où la réflexion et la critique seraient tout aussi importantes que l'expérience clinique, qu'elles pourraient y parvenir (Dallaire, 2008). Ces changements dans la connaissance du savoir infirmier et de la pratique infirmière ont donné lieu à la constitution de la discipline infirmière, ou les sciences infirmières, qui possèdent ses propres savoirs (Pepin & coll., 2010 : 43; Dallaire, 2008). C'est donc à partir d'expériences théoriques et pratiques, désormais développées par les savoirs appris de données probantes, que les IA d'aujourd'hui sont préparées afin de rencontrer les défis de santé modernes.

2.2.1 L'expérience théorique

Lorsqu'une personne décide de devenir IA en Ontario, elle doit suivre une formation de niveau universitaire dans une école approuvée par l'Ordre tel qu'énoncé sur le site web de l'OIIO. La formation de niveau universitaire a été mise en place dans la majorité des provinces canadiennes pour permettre de répondre aux besoins de la population qui sont sans cesse grandissants et qui présentent des besoins d'une complexité accrue (ACESI, 2015c; Pepin & coll., 2010). Durant sa formation, l'étudiante en sciences infirmières suit des cours théoriques qui l'amènent à apprendre, de l'approche critique qui lui est enseignée, une façon de conceptualiser le soin et de

connaître les normes reliées à la profession. Elle va développer une base lui permettant de manipuler des savoirs (Pepin & coll., 2010).

Afin de s'assurer qu'elle donnera des soins sécuritaires et de qualité, l'étudiante doit suivre un programme de formation dans une école reconnue par l'ACESI. Dans son cadre de référence sur la formation en sciences infirmières, l'ACESI présente six (6) domaines qui doivent être couverts au niveau d'un programme de formation au niveau du baccalauréat afin de respecter les exigences. Ces domaines relèvent des connaissances; de la recherche, des méthodes, de l'analyse critique et des données probantes; de la pratique infirmière; de la communication et de la collaboration; du professionnalisme ainsi que du leadership. Les domaines et leurs détails sont présentés au tableau qui suit.

Tableau 6 : Domaines couverts par le baccalauréat en sciences infirmières

Domaines	Détails du domaine
Connaissances	Désigne le contenu théorique, conceptuel et factuel enseigné et appris dans le cadre des programmes.
Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes	Comprend la capacité de raisonnement et l'habileté à se renseigner, ainsi que les processus utilisés pour évaluer, générer, synthétiser, transférer et mettre en œuvre les connaissances.
Pratique infirmière	Désigne l'exercice d'activités liées à un large éventail de rôles assumés par les infirmières, y compris la recherche et l'avancement des connaissances.
Communication et collaboration	Le domaine intègre l'interaction et les relations entre l'infirmière et les clients, l'infirmière et d'autres membres de l'équipe de soins de santé ainsi que l'infirmière et les intervenants clés.
Professionnalisme	Désigne la responsabilisation à l'égard de la profession infirmière, la déontologie et les valeurs de l'infirmière.
Leadership	Désigne les processus d'influence sociale qui optimise les efforts des autres vers la réalisation d'objectifs ou de tâches.

Source : Tiré du Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière rapport final (ACESI, 2015b)

Ces domaines couvrent les différentes sphères de compétences que les étudiantes, souhaitant devenir IA, doivent développer. Dans ceux-ci, il y a le savoir, le savoir-faire et le savoir-être, qui sont les différents savoirs requis pour satisfaire les attentes de la variété de rôles possibles à assumer par une IA durant sa carrière. Ceci toujours dans la perspective d'offrir des soins sécuritaires en permanence à la clientèle, car « une erreur causant préjudice aux clients est inhérente aux nombreux actes posés, aux décisions prises et aux évaluations effectuées » (Therrien & Dumas, 2007 : 1). L'ensemble de ces savoirs peut s'influencer les uns, les autres et s'accroître lors des différentes activités prévues au programme de l'étudiante.

Par la diversité des cours offerts dans son programme de formation, l'étudiante va acquérir des savoirs génériques, passant par des connaissances fondamentales aux connaissances approfondies (ACESI, 2015b). Celles-ci portent sur une variété de sujets, débutant avec l'histoire de la profession, passant par diverses sciences et les relations humaines, jusqu'aux soins requis par les différentes clientèles. « Les programmes fournissent un vaste corpus de connaissances dans les sciences infirmières et les disciplines connexes pour appuyer une préparation généraliste. » (ACESI, 2015b : 10) Ces différentes notions seront mises en application lors de pratiques en laboratoire, en simulation et lors de stages en milieux cliniques (ACESI, 2015c). C'est ainsi que les futures infirmières autorisées vont amorcer le développement de leur compétence en prenant assise sur une formation scientifique. Puisque la formation en est une de généraliste, elle ne permet pas à la future IA de développer des compétences spécifiques reliées à certaines clientèles ou problématiques, comme celles des personnes âgées en milieu de SLD.

La formation, comprenant une partie scientifique propre et reliée à des sciences bien établies (biologie, sciences humaines et sociales entre autres), ne peut qu'être bénéfique pour l'apprentissage de la démarche de soins. Cette partie est un processus scientifique reconnu qui permet aux étudiantes du programme d'organiser méthodiquement leur évaluation d'un contexte clinique en tenant compte de l'ensemble des données, d'analyser ces dernières afin de les interpréter grâce à leur expérience théorique, pour enfin déterminer de la meilleure action à prendre, considérant les données probantes pertinentes (Paquette-Desjardins, Sauvé & Pugnair Gros, 2015). Ce faisant, elles peuvent expérimenter leurs différents savoirs afin d'user de pensée critique pour démontrer un jugement clinique avant de les mettre en pratique dans une situation réelle. Selon Paquette-Desjardins et ses collègues (2015), cette manifestation d'un jugement clinique est un élément essentiel à acquérir par les étudiantes en sciences infirmières, car il est en lien direct avec sa capacité de démontrer sa compétence une fois dans le milieu clinique. Aussi, plusieurs histoires de cas peuvent être présentées aux étudiantes afin de les exposer à des situations cliniques auxquelles elles ne pourraient pas participer physiquement dans le milieu clinique, ou qu'elles n'ont pas eu la possibilité d'y être confrontées, par exemple le décès d'un patient/client. Ainsi, elles peuvent améliorer leur pensée critique en expliquant les interventions qu'elles feraient et leur raisonnement, tout en recevant de la rétroaction.

2.2.2 L'expérience pratique

L'expérience pratique permet à l'étudiante de faire l'application de ses différentes connaissances acquises, ou ses savoirs, par la démonstration de ses habiletés. Elle peut ainsi démontrer son savoir-faire tout autant que son savoir-être (Pepin & coll.,

2010). Lorsqu'elle pratique une technique de soin, l'étudiante est en train de développer un type de compétences en démontrant des habiletés psychomotrices (ACESI, 2015c). Quand elle présente suffisamment de compétences à ce niveau, elle peut être mise en contexte plus réel grâce à des simulations portant sur des thèmes variés comme un arrêt cardio-respiratoire, une hémorragie ou même la participation à une équipe multidisciplinaire. Ces simulations lui font vivre des situations de soins qui se rapprochent de celles rencontrées dans le milieu clinique réel afin qu'elle puisse tester le résultat de ses connaissances (ACESI, 2015c). Cette pratique lui permet de faire des essais et des erreurs sans présenter un danger pour le patient/client. Elle peut donc réaliser les conséquences de ses décisions et réfléchir aux choix qu'elle a faits afin de mieux faire la prochaine fois (ACESI, 2015b). Par la suite, quand elle peut démontrer une pratique sécuritaire, elle peut aller en stage dans les milieux cliniques afin d'être en contact avec la clientèle. En stage, elle sera sous la supervision d'une IA qui la supervisera dans ses interventions et pourra répondre à ses questions. Ainsi, l'étudiante pourra continuer de perfectionner ses compétences et en acquérir d'autres. À la fin de sa formation, l'étudiante aura eu l'occasion d'acquérir les compétences requises de l'infirmière débutante par l'OIIO et qui visent l'ensemble des clientèles à qui elle offrira des soins.

Ainsi, le milieu de l'éducation et le milieu du travail participent tous les deux au développement de la compétence nécessaire pour réussir dans un tel travail (Suleman & Paul, 2007). Pourtant, l'acquisition des compétences ne sera jamais achevée par l'IA, car sa formation scientifique l'amène à être en activité constante et cela à l'aide de la formation continue et par la prise d'expérience qu'elle acquiert en milieu clinique. L'IA

est tenue d'actualiser ses compétences continuellement alors qu'elle accumule des expériences variées.

L'expérience acquise en milieu clinique est tellement importante que dès qu'elle commence un programme de formation, la future IA est placée en contact avec différents milieux cliniques lors de stages afin d'être bien préparée à ce qui l'attend sur le marché du travail. L'ACESI qui encadre les programmes de formation des infirmières autorisées indique d'ailleurs que :

Les stages cliniques sont essentiels afin que les étudiantes puissent apprendre à réagir dans un contexte où l'environnement évolue constamment et influe sur la prestation des soins; il importe aussi pour que les étudiantes apprennent à prodiguer des soins selon des délais variables, que la prestation se fasse sur le champ ou s'échelonne sur une période de plusieurs mois.
(ACESI, 2015c : 10)

Gottlieb (2014) mentionne que pour développer sa compétence, l'IA doit acquérir des connaissances tout autant que de l'expérience pratique. Selon elle, c'est cette pratique régulière et soutenue qui entraîne l'IA sur le chemin de la compétence et de l'excellence (Gottlieb, 2014 : 177). Afin de prendre de l'expérience, la future IA doit mettre en pratique ce qu'elle sait et analyser ses actes lors de ses stages. Ainsi, elle peut perfectionner ses interventions et apprendre de ses erreurs, s'il y a lieu, pour apporter les changements nécessaires afin de s'améliorer. Il faut « répéter, répéter et répéter jusqu'à ce qu'on ait atteint un bon niveau de compétence et de maîtrise. C'est en s'immergeant dans l'expérience et en relevant le défi... que l'on peut l'exécuter adéquatement et, ce faisant, devenir compétent. » (Gottlieb, 2014 : 177)

Pour cette auteure, l'expérience pratique et la compétence vont de pair, car elles se nourrissent l'une de l'autre. Elle ajoute que grâce à l'expérience, l'IA peut se procurer de nouvelles habiletés qui renforcent sa compétence. Gottlieb souscrit également à la « règle des 10 000 heures » publicisée par Malcom Gladwell qui dit que : « ... si on veut passer maître dans son domaine de choix, on doit consacrer pas moins de 10 000 heures d'entraînement à l'acquisition de connaissances, à l'amélioration de ses habiletés ou au perfectionnement de son talent. » (Gottlieb, 2014 : 219). Elle précise que pour la majorité des professionnels, c'est la possibilité de vivre des expériences significatives, de mettre en pratique leurs diverses connaissances afin de les approfondir et l'amélioration de leurs habiletés qui leur permet de sentir qu'ils maîtrisent leur art (Gottlieb, 2014). C'est donc dire que plus l'IA se met en action, réfléchit au résultat de celle-ci afin de la reproduire de meilleure façon, plus elle devient compétente comme dans les étapes de Benner (1995) expliquées précédemment.

Ainsi, même si elles ont acquis plusieurs savoirs lorsqu'elles terminent leurs études en sciences infirmières et qu'elles sont donc officiellement compétentes grâce au programme suivi qui est approuvé par l'ACESI, les futures infirmières autorisées ont besoin de mettre en pratique ce qu'elles ont appris. Elles désirent déployer leurs autres savoirs (savoir-faire et savoir-être). Elles ont acquis des « connaissances et des habiletés spécialisées » (Gottlieb, 2014 : 184) grâce à l'expérience acquise au niveau théorique et pratique offerte durant leur programme de formation, mais elles sentent la nécessité de travailler afin de développer leur compétence plus en profondeur. Ce qui apparaît normal, car selon Suleman et Paul (2007), l'expérience professionnelle participe tout autant à l'acquisition de la compétence. Si l'éducation apporte une compétence reconnue

comme être plutôt basée sur les connaissances et donc dite théorique, le travail, quant à lui apporte une compétence plus pratique comme le mentionne Benner.

Lors de leur formation, les étudiantes ont acquis plusieurs savoirs, mais elles ont également développé certaines habiletés au niveau du travail d'équipe et de la collaboration afin de les préparer à l'interprofessionnalisme qui prend place dans les milieux de soins. Cette formation interprofessionnelle devrait contribuer, et les écrits scientifiques le démontrent d'ailleurs, à intégrer les nouvelles infirmières autorisées dans leur nouveau milieu.

2.3 Les bases de l'expérience interprofessionnelle

Les IA des divers milieux de soins travaillent depuis longtemps de façon collaborative avec les autres professionnels de la santé, les médecins et surtout avec leur patient/client dans la complexité de leurs besoins en soins. Il est devenu depuis de nombreuses années, encore plus important avec la complexité des soins à prodiguer et le vieillissement de la population, comme nous l'avons mentionné plus haut, qu'elles exercent dans un mode de collaboration interprofessionnelle ou en interprofessionnalisme afin de bien répondre aux attentes de la population (Pepin & coll., 2010). Le but de la collaboration interprofessionnelle est, selon le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS), de créer un « partenariat entre une équipe de professionnels de la santé et une personne et ses proches dans une approche participative, de collaboration et de coordination en vue d'une prise de décision partagée concernant l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux » (CPIS, 2010 : 11).

Ainsi, le patient/client est au centre de cette équipe dont il fait également partie et pour lequel tous ont à cœur de lui offrir la meilleure qualité de soins. Cette situation lui permet d'augmenter son autonomie et rend le contexte de soins plus satisfaisant pour toutes les parties impliquées (Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé, 2010). Ce modèle de prestation de soins est utilisé dans différents milieux de soins. Il demande de ses participants de démontrer du respect envers les autres, d'avoir de la confiance en soi et les autres, d'être capable de prendre des décisions et de préserver les partenariats (CPIS, 2010).

Le référentiel des compétences du CPIS est basé sur six (6) différentes compétences à acquérir afin d'être efficace dans ce modèle : communication interpersonnelle; soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; clarification des rôles; travail d'équipe; leadership collaboratif et résolution de conflits interprofessionnels (CPIS, 2010 : 10). Parmi ces compétences attendues, il est remarqué qu'elles concordent assez bien avec les domaines du cadre de référence sur la formation en sciences infirmières de l'ACESI qui ont été présentées précédemment au Tableau 6. Les compétences requises pour bien fonctionner en interprofessionnalisme doivent s'appuyer sur du savoir, des habiletés, des attitudes et des valeurs (CPIS, 2010 : 10). Ce sont toutes des notions que les IA, qui entrent sur le marché du travail, ont apprises lors de leur formation. Elles ont donc la base pour développer ce type de compétences plus en profondeur pour bien s'intégrer dans un contexte d'interprofessionnalisme si elles sont placées dans un contexte favorisant ce développement. De cet aspect, les milieux hospitaliers présentent un avantage sur les milieux de soins prolongés. En milieu hospitalier, il y a toujours eu un certain processus parmi les « soignantes » qui permet

aux nouvelles recrues d'observer les modèles de prestation de soins avec un encadrement rassurant fait par une ou des IA plus expérimentées qu'elles à ce niveau (Dallaire, 2008). Ce qui n'est toutefois pas le cas pour la majorité des milieux de soins prolongés où l'IA n'a que peu ou pas de soutien et d'encadrement lorsqu'elle commence à y travailler.

En effet, dans les SLD, elle exerce souvent de manière plutôt isolée due à l'organisation des soins, car le travail en équipe dans les milieux de SLD est, la plupart du temps, fait en silo (Benoit & coll., 2015). Elle exécute l'expérience interprofessionnelle de façon plus intermittente, car il n'y a pas de modèle standard de cette approche dans ces milieux. Pourtant, une infirmière autorisée qui travaille en soins de longue durée doit posséder les compétences de base suivantes afin d'être fonctionnelle (Avet, Chambraud, de Goussencourt, Richauvet, Segué, & Perrot, 2007) : 1) évaluer l'état de santé d'une personne âgée avec l'équipe soignante, 2) élaborer et mettre en œuvre un projet de soins, 3) organiser et réaliser des soins personnalisés en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, 4) adapter la communication aux personnes âgées soignées et à leur entourage, 5) transmettre les informations à l'équipe soignante pour assurer la continuité des soins et 6) évaluer et améliorer leur pratique professionnelle. Pour ce faire, dans les SLD, elle va travailler majoritairement en intraprofessionnalisme.

En effet, l'OIIO apporte une distinction au niveau de la définition de l'interprofessionnalisme et précise que l'IA est en interprofessionnalisme lorsque son travail la met en relation avec différentes professions et que l'équipe a comme but « une prestation de soins de qualité au sein d'un ou de plusieurs milieux de travail », alors

qu'elle est plutôt en intraprofessionnalisme lorsque son travail la met en relation avec des membres de sa profession comme les infirmières praticiennes ou les IAA (OIIO, 2011 : 3). C'est ce dernier modèle de prestation de soins qui est commun dans les milieux de soins prolongés, mais il est peu efficient, car une hiérarchie entre les IA et les IAA s'installe (Benoit & coll., 2015). Cette hiérarchie entraîne ainsi une centralisation de l'attention de chacune de ces professionnelles vers la tâche plutôt que vers le patient/client qui, lui, bénéficierait de leur réelle collaboration compte tenu de la complexité qu'il représente en matière de soins de santé.

CHAPITRE 3

Méthodologie

Ce troisième chapitre porte sur la méthodologie qui est utilisée dans cette étude afin de répondre à la question de recherche. Les parties de ce chapitre comprennent le type de recherche, le milieu, la population et l'échantillon, le recrutement des participants, la collecte des données, les analyses proposées, les considérations éthiques et les limites méthodologiques.

3.1 L'approche méthodologique

La présente étude a été faite en utilisant une approche méthodologique de type qualitatif qui s'intéresse à l'expérience humaine d'un phénomène vécu (Morse, 2012; Paillé & Mucchielli, 2012; Bachelor & Joshi, 1986). Selon Dartigues (1972), l'étude d'un phénomène est l'objet de la phénoménologie. Le même auteur précise que pour l'un des pères de la phénoménologie, Edmund Husserl, le phénomène et l'essence de l'être humain s'avèrent un tout. La voie que désirait Husserl était de retrouver l'origine même de l'expérience (Paillé & Mucchielli, 2012; Salanskis, 2003; Deschamps, 1993). D'après Deschamps (1993), la phénoménologie est plus qu'une simple description du phénomène, c'est plutôt de trouver les racines de l'expérience de la personne. En effet, l'intérêt est de décrire le vécu de l'individu, ou son expérience, sa vérité d'un phénomène, constitue l'expérience à la source du savoir (Fortin, 2016; Morse, 2012; Giorgi, 1997; Rollin, 1967).

Pour répondre à la question de recherche que nous avons développée, la recherche de type phénoménologique nous est apparue la plus pertinente pour décrire l'expérience des étudiantes finissantes en sciences infirmières. Nous avons donc choisi, parmi les deux choix d'approche de la phénoménologie, descriptive et interprétative, l'approche descriptive. Cette approche est idéale quand le sujet est peu exploré et l'intérêt principal vise à décrire le phénomène. Elle permet ainsi de décrire minutieusement l'expérience consciente, lucide, délibérée, voire même intentionnelle (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007). L'expérience peut être considérée comme banale, ordinaire, commune ou courante (Fortin, 2016). L'approche phénoménologique descriptive a donc été choisie pour étudier et analyser cette expérience humaine des étudiantes finissantes en sciences infirmières afin de découvrir ce qui la compose et aussi, pour décrire de façon réelle et sans idée préconçue ce qui est vécu par ces mêmes personnes.

3.2 Le milieu, la population et l'échantillonnage

La recherche a eu lieu à Sudbury une ville au nord de l'Ontario où la langue de la majorité est habituellement l'anglais, même si les francophones représentent plus de 30 % de la population à Sudbury selon la Fondation communautaire de Sudbury (2011 : 4). Plus au Nord, dans les différentes communautés rurales comme celles de Hearst, Kapuskasing et Timmins, la proportion de francophones varie, mais il n'en reste pas moins que les francophones y sont encore très présents, car ils représentent presque un quart de la population du Nord-Est (Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est [RLISS Nord-Est], 2014). La population francophone est aussi plus

vieillissante dans cette région de l'Ontario et en 2013, il y avait déjà 18,8 % de la population du Nord-Est qui avait 65 ans et plus (Ministère des Finances, 2014).

Seulement deux universités en Ontario offrent la formation en français pour devenir IA : une au sud située à Ottawa, et l'autre au nord, à Sudbury. Il était donc naturel de se tourner vers les étudiantes finissantes de cette dernière université où je suis chargée de cours pour ce programme. L'intérêt de cette étude est qu'elle se porte sur une population francophone de futures professionnelles de la santé qui pourra offrir des soins aux francophones en situation minoritaire; qui présente un vieillissement important dans le nord de l'Ontario. La population recherchée pour cette étude se rapporte aux étudiantes francophones en sciences infirmières. Puisque depuis 2005, il faut réaliser des études dans un cursus universitaire pour devenir IA (OIIO, 2014) et que c'est à Sudbury que se trouve l'Université Laurentienne, seule université offrant un programme francophone de baccalauréat de sciences infirmières au nord de l'Ontario, c'est donc là que la recherche a eu lieu.

Pour éviter des barrières linguistiques qui empêchent de bien comprendre le phénomène humain de chaque personne, le choix d'une population francophone s'est avéré essentiel, compte tenu que la chercheuse procédant à la collecte de données était francophone. Un échantillonnage non probabiliste et par choix raisonné a été réalisé pour permettre de choisir les personnes correspond aux critères spécifiques de l'étude afin de participer à des entrevues individuelles semi-structurées (Fortin, 2016). En effet, comme c'est l'expérience d'un groupe cible particulier qui est recherchée, l'échantillonnage devait être non probabiliste afin de recruter des personnes

correspondant aux critères et c'est également ce type qui est le plus commun dans les recherches qualitatives (Fortin, 2016 ; Deslauriers & Kérisit, 1997).

3.2.1 Échantillon

Notre échantillon s'est constitué en fonction des critères d'inclusion très spécifiques de l'étude. Ces critères d'inclusion étaient : 1) être une étudiante ou un étudiant dans leur dernière année de formation du programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laurentienne; 2) être francophone et 3) provenir du nord de l'Ontario. Puisque les critères d'inclusion étaient très spécifiques et que lorsque la collecte de données a été effectuée, il y avait peu de sujets possibles, il n'était pas nécessaire d'avoir des critères d'exclusion. En effet, la population visée était très petite et homogène : il y avait seulement dix (10) sujets potentiels, donc dix (10) étudiantes finissantes cette année-là.² Ce qui était une très petite cohorte, mais comme l'étude était de type phénoménologique, il y avait possibilité de recruter suffisamment de participants pour obtenir des résultats intéressants. Parmi les sujets potentiels, six (6) ont accepté de participer à la recherche, ce qui était acceptable puisque l'étude portait sur l'expérience humaine afin de la comprendre (Fortin, 2016). L'âge moyen de l'échantillon recueilli est de 22,8 ans. Cette moyenne correspond au groupe d'âge 18-24 ans, qui est celui comptant le plus de nouvelles IA s'inscrivant à l'OIIO dans les dernières années (CNO, 2014). Aucun sujet de sexe masculin n'était disponible dans la population visée, mais comme la profession d'IA au Canada est féminine à 94 % (CNO, 2014), la population visée demeurerait représentative (Fortin, 2016). Puisqu'un des critères était de provenir du nord de l'Ontario et qu'un autre était d'être francophone, les participantes ont de fait été

² L'année où les entrevues ont été réalisées n'est pas dévoilée afin de préserver l'anonymat des participantes étant donné le petit nombre de candidatures possibles.

très homogènes au niveau de la culture, car elles partageaient majoritairement la culture franco-ontarienne qui est aussi celle de la majorité francophone vivant en situation minoritaire dans le nord de l'Ontario.

Les participantes à la recherche, au nombre de six (6), étaient donc toutes des femmes francophones, âgées entre vingt et un (21) ans et vingt-neuf (29) ans. Parmi elles, deux (2) étaient en couple de façon formelle et les quatre (4) autres étaient célibataires. Les participantes vivaient toutes dans le nord de l'Ontario, en plus, cinq (5) d'entre elles y étaient nées. Un sommaire de ces données génériques est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Profil de l'échantillon

Participants	Sexe	Langue	Âge (ans)	Statut marital	Vivent au Nord
1	Femme	Français	21	Célibataire	Oui
2	Femme	Français	21	En couple	Oui
3	Femme	Français	29	Mariée	Oui
4	Femme	Français	21	Célibataire	Oui
5	Femme	Français	21	Célibataire	Oui
6	Femme	Français	24	Célibataire	Oui

De ces données génériques, le statut marital et l'âge n'ont finalement pas eu de signification importante puisque les répondantes avaient le même type d'expériences à raconter.

L'approche de type phénoménologique nécessite un nombre suffisant de sujets, habituellement six (6), afin de pouvoir obtenir une saturation maximale des données. Ce nombre permet de construire sur la structure du phénomène étudié (Giorgi, 1997) et de recruter les personnes intéressantes pour la recherche souhaitée. Richards et Morse

(2007) ne font pas mention de nombre spécifique, mais plutôt de l'atteinte de la saturation. Ils mentionnent que la saturation des données est atteinte lorsqu'il n'y a plus de nouvel élément qui apparaît et que les données trouvées correspondent aussi à la littérature connue sur le sujet. Marshal et Rossman (2011) vont également dans le même sens en précisant qu'en recherche qualitative, la taille de l'échantillon doit considérer l'ensemble des facteurs reliés à la recherche plutôt qu'un nombre défini. Puisque six (6) étudiantes finissantes ont accepté de participer à la recherche et qu'en phénoménologie, c'est la saturation qui importe, le nombre de six (6) s'avère acceptable, compte tenu des degrés de profondeur et de complexité que les entretiens avec celles-ci ont atteints (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

3.3 Le recrutement des participants

Afin de recruter les participants, une lettre d'information sur la recherche a été envoyée à toutes les étudiantes francophones de dernière année du baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laurentienne par la secrétaire de l'École des sciences infirmières afin de leur faire savoir l'existence de cette recherche (Annexe I). Un mois plus tard, toutes ces étudiantes ont été rencontrées lors d'un séminaire prévu dans leur formation et après leurs stages d'intégration. La recherche leur était alors expliquée à l'aide d'une présentation « PowerPoint » et une période de questions a suivi. Dès cette rencontre, certaines étudiantes ont manifesté leur intérêt à participer à l'étude. Elles ont remis leurs coordonnées (numéro de téléphone et adresse courriel) afin d'être contactées pour organiser une rencontre. Une lettre de recrutement a été remise à toutes les étudiantes présentes à la présentation. À la suite de ce séminaire, d'autres étudiantes finissantes intéressées ont communiqué avec la responsable de la recherche. Toutes les

étudiantes intéressées ont ensuite été contactées afin de fixer une date et un lieu de rencontre.

Les rencontres individuelles ont eu lieu soit au domicile des participantes ou dans un local de l'Université Laurentienne selon le désir de chaque étudiante finissante. Cette façon de procéder a permis de s'assurer que chaque participante puisse se sentir le plus confortable possible pour raconter son expérience personnelle (Poupart, 1997). Dès le début de chaque rencontre, un formulaire de consentement (Annexe II) a été présenté et expliqué à chaque participante. Dans ce formulaire, il était mentionné que la personne pouvait se retirer en tout temps si elle ne désirait plus participer, que son anonymat serait préservé et que les données seraient codifiées et conservées de façon confidentielle. Aussi, en signant ce formulaire, chaque participante confirmait que son consentement était libre et éclairé. Les coordonnées des personnes à contacter si la participante avait des questions concernant la recherche étaient incluses et une copie de ce consentement leur a été remise.

3.4 Les considérations éthiques

Une démarche éthique a été effectuée afin d'obtenir l'approbation du Comité d'éthique de l'Université Laurentienne de Sudbury (Annexe III). Dans cette démarche, les risques pour les sujets ont été évalués et considérés comme très faibles. En effet, comme ce qui était recherché était l'expérience de la personne et le processus de l'entrevue était fait de façon semi-structurée, chaque sujet était libre de ce qu'il exprimait. La possibilité que l'expression de l'expérience entraîne des inconforts et nécessite un suivi a été considérée et un service de consultation était disponible si besoin

afin de respecter la dignité humaine (Fortin, 2016). Les bienfaits de la recherche sont donc ressortis comme étant plus importants que les risques possibles.

Afin de préserver la confidentialité et l'anonymat des participantes, chacune d'entre elles a été représentée par un numéro de code sur la transcription des verbatims, dans les journaux de bord et dans le regroupement des thèmes. Lors de la transcription des verbatims, tout ce qui aurait pu permettre d'identifier une participante, comme des noms, des lieux ou autres, a été retiré de la transcription et remplacé par un générique.

3.5 Le schéma d'entrevue

Le guide d'entrevue (Annexe IV) comprenait un petit questionnaire sociodémographique demandant l'âge, le sexe, l'état civil et la ville d'origine de la personne. Ces données ont été demandées à la fin de chaque entrevue afin de ne pas contaminer l'entrevue (questions fermées) et d'aider au processus d'analyse qui a eu lieu par la suite. Nous avons choisi l'entrevue semi-structurée, car c'est une méthode de collecte largement utilisée en recherche qualitative (Fortin, 2016; Marshall & Rossman, 2011; Deschamps, 1993). Cette méthode de collecte utilise des questions ouvertes pour créer l'échange avec les participants afin de laisser émerger les thèmes par eux-mêmes (Deschamps, 1993).

La première question posée était : *Que pensez-vous des personnes âgées?* Des questions telles que : *Dites-moi quelle est votre expérience auprès des personnes âgées?* *Que retenir-vous de votre expérience auprès des personnes âgées?* et autres ont ensuite été demandées à chaque participante dans un ordre sensiblement le même selon l'expérience racontée. En effet, parfois certaines participantes abordaient un thème de

question plus rapidement selon l'expérience que chacune avait vécue. L'ensemble des questions a tout de même été abordé avec toutes les participantes.

Chaque entrevue a été enregistrée sur bande audio avec l'accord des participantes. La durée moyenne de chaque entrevue a été d'environ 2 heures afin de permettre à chaque participante de s'exprimer sur son expérience (Deschamps, 1993). Lorsqu'une participante avait un silence après avoir commencé une phrase, ce silence était respecté et la chercheuse lui laissait le temps de se remémorer son expérience pour pouvoir l'énoncer le plus clairement possible. Des signes d'écoute et d'encouragement ont été démontrés à chaque participante, tels que « hum, hum » ou « OK » ou les hochements de tête et autres afin de garder le climat de confiance et d'ouverture nécessaire (Fortin, 2016). La technique de reformulation a aussi été utilisée au besoin afin de s'assurer que la chercheuse saisisait bien le sens de ce que la participante exprimait. À la fin de chaque entrevue, un résumé des différents éléments soulevés lors de celle-ci était fait par la chercheuse afin de confirmer avec la participante que l'essence de ses propos était respectée (Deschamps, 1993). Cette façon de faire permet de donner de la crédibilité aux données recueillies, car chaque participante pouvait confirmer, ajouter, préciser le récit de son expérience.

3.6 La collecte des données

C'est après avoir signé le formulaire de consentement que chaque entrevue individuelle a débuté. Cette méthode était priorisée parce qu'elle permettait une liberté d'expression complète des participantes sur leurs perceptions, interprétations ou expériences (Van Campenhoudt & Quivy, 2011); elle évitait la censure due parfois à l'effet de groupe (Marshall & Rossman, 2011). En recherche qualitative, le groupe de

discussion (*focus group*) est souvent utilisé pour obtenir des données (Fortin, 2016). Ses avantages sont la rapidité de la collecte de données, la richesse du partage des idées d'où ressortent les accords et les désaccords qui sont valables (Fortin, 2016). Un des désavantages majeurs est que selon la dynamique du groupe, un des participants peut s'exprimer plus qu'un autre (Marshall & Rossman, 2011). C'est pour cette raison que l'entrevue semi-structurée a été privilégiée, car elle permettait une interaction humaine désirée (Fortin, 2016). Elle est également basée sur une écoute attentive de la part de la personne qui organise l'entrevue, car celle-ci doit faire preuve d'ouverture à l'autre sans aucun préjugé (Giorgi, 1997; Deschamps, 1993). Aussi, l'entrevue individuelle permet une compréhension plus approfondie de l'expérience de chacun (Poupart, 1997), car elle offre la possibilité de demander aux participants de clarifier certains énoncés lors de la cueillette de données. Ainsi, il est possible de s'assurer que ce qui a été entendu est compris exactement comme le participant voulait le faire comprendre afin de s'assurer de préserver l'intégrité du phénomène (Marshall & Rossman, 2011).

Un journal de bord a été rédigé après chaque entrevue à partir des notes de terrain prises durant l'entrevue. Ce processus réflexif a été réalisé afin de permettre de revoir les données avec les premières impressions : le non verbal de l'étudiante participante, leur attitude, expressions, les émotions ressenties par la chercheuse lors des entrevues, etc. Ceci permettait également de préserver des données et impressions qui aident à mieux comprendre l'expérience de chaque étudiante participante en débutant un processus d'analyse (Fortin, 2016; Deschamps, 1993). La lecture, faite par la suite, de l'ensemble des notes réflexives inscrites dans le journal de bord tenu lors de l'étude a fait ressortir des analogies entre des expériences vécues auprès d'autres types clientèles

par les participantes qui permettent de voir que les résultats obtenus pouvaient être transférés (Fortin, 2016).

3.7 Les analyses proposées

Comme mentionné par Fortin (2016), l'approche de type phénoménologique peut-être analysée de diverses façons : soit celle de Colaizzi, celle de Giorgi ou celle de Van Kaam. La méthode qui a été retenue ici est celle de Giorgi parce qu'elle est descriptive. Elle permet de rechercher, de façon simple, la signification de l'expérience en réduisant les données en unités de sens qui concordent avec les domaines des sciences infirmières, de la psychologie et de la sociologie, car l'approche holistique est priorisée tout en tenant compte de l'individualité de l'expérience (Giorgi, 1997).

À la suite de l'enregistrement de chaque entrevue, des verbatims primaires ont été tirés pour chacune d'elle. La transcription de chaque entrevue a été faite par la chercheure avec le souci que chaque verbatim respecte intégralement les mots exacts dits par la personne et que la ponctuation corresponde également au débit de la personne afin d'être le plus fidèle à l'expérience décrite. Ceci permettait, éthiquement parlant, de préserver la signification la plus proche possible de l'expérience (Marshall & Rossman, 2011). Aussi, les descripteurs comme l'intonation de la voix, les périodes de silence, les soupirs ou les autres gestes de la personne interrogée ont été ajoutés entre parenthèses afin de préserver la saveur des données, leur crédibilité ainsi que l'importance de leur signification. En effet, ces descripteurs comptent comme étant très véridiques de l'importance d'une donnée par rapport à une autre, car ils permettent ainsi; à certaines données; de se démarquer du reste de la description de l'expérience.

Par la suite, l'analyse des verbatims a été faite afin d'encoder les données selon les essences de signification du vécu, cela implique la mise en œuvre de procédures techniques relativement précises (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Pour analyser, Giorgi (1997) mentionne qu'il est important de demeurer le plus neutre possible afin de ne pas préserver seulement les unités de sens qui intéressent le chercheur, mais bien toutes celles qui sont pertinentes à son étude et qu'un minimum de cinq étapes est nécessaire afin de s'assurer d'une méthode qualitative valable Giorgi.

Puisque la description de Fortin comporte les cinq étapes; que sa description de chacune des étapes soit claire et permette de bien comprendre la méthode, c'est celle qui a été choisie. Comme décrit dans Fortin (2016), les cinq étapes de la méthode Giorgi (1997) ont été respectées rigoureusement. Premièrement, chaque verbatim a été lu afin de déterminer qu'elle était l'essence de l'expérience vécue par la participante. Deuxièmement, les unités de sens ont été déterminées avec l'aide d'une des co-directrices de l'étude. Troisièmement, chaque unité de sens a été revue afin de s'assurer qu'elle correspondait bien à l'essence du phénomène avec l'aide d'une experte de contenu. Quatrièmement, chaque unité de sens revue a été résumée en un terme générique applicable à l'ensemble des participantes avec l'aide de l'autre co-directrice de l'étude. La triangulation, qui est de comparer les interprétations des données avec d'autres sources, a ainsi été mise en application dans cette étude afin de donner de la fiabilité et de la confirmabilité aux données recueillies (Fortin, 2016). Cinquièmement, le phénomène a été déterminé comme appartenant à une des catégories suivantes : expérience spécifique à une participante ou expérience commune aux participantes.

L'analyse phénoménologique, qui a été faite à partir des verbatims de chacune des entrevues, a été réalisée avec l'aide du logiciel Nvivo.

Une première analyse a donc fait ressortir des thèmes récurrents s'articulant autour de la compétence et de l'expérience dans les verbatims des différentes participantes. Ces thèmes récurrents sont devenus les unités de sens. C'est ainsi que les unités de signification ont été déterminées dans cette phase de réduction. Une deuxième analyse a permis de revoir la signification du message donné par chaque participante afin de respecter l'intégrité du phénomène vécu. D'autres unités de sens sont alors apparues et ajoutées aux premières obtenues dont le cadre de formation et les influences, les besoins des nouvelles diplômées en termes de communication et de crédibilité professionnelle ainsi que les attentes du marché du travail en lien avec la responsabilité professionnelle, les habiletés cliniques et la bureaucratie.

Par la suite, une autre lecture de chaque verbatim a permis de confirmer que toutes les unités de sens étaient ressorties et qu'il n'y en avait pas eu d'oubli. En effet, Giorgi (1997) mentionne qu'une relecture neutre attentive de chaque expérience est importante afin de découvrir ce qui se dégage de chacune. Toutes les unités de sens ont ensuite été revues afin que leur terminologie soit applicable à l'ensemble des participantes et à la discipline propre à la chercheuse et qui dans le cas présent est celle des sciences infirmières. Ce processus s'est effectué en collaboration avec les deux co-directrices de l'étude, réalisant ainsi une triangulation confirmant la fiabilité et la confirmabilité des données.

Afin de s'assurer que le texte provenant des verbatims soit clairement compris par les lecteurs de cette recherche, il a été reproduit de manière grammaticalement

correcte. En effet, il est plutôt rare que le langage parlé couramment soit identique au langage écrit reconnu internationalement.

3.8 Les critères de rigueur scientifique

Selon Fortin (2016), une recherche qualitative se doit d'être authentique, tout autant que rigoureuse. Afin d'y parvenir, il est important que lors de l'analyse des données, des critères de rigueur scientifique soient respectés : la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité (Fortin, 2016 : 377).

La crédibilité est le fait de s'assurer que la teneur des propos des participants à une étude soit respectée par le chercheur lors de leur collecte et de leur transcription (Fortin, 2016). Pour atteindre ceci, la collecte a été faite par la chercheuse principale, du débriefage et la stratégie de triangulation ont été réalisés avec les co-directrices de la recherche. La fiabilité est de garantir lors du processus d'analyse, que les données recueillies et transformées en unité de sens demeurent constantes lorsqu'elles sont revues par d'autres personnes (Fortin, 2016). La confirmabilité est de s'assurer que les résultats obtenus sont bien le reflet des données recueillies auprès des participants (Fortin, 2016). Ces deux éléments ont été respectés car des discussions avec les co-directrices et des expertes de contenu ont été réalisés afin de rencontrer ce critère de rigueur. Lors de cette étude, les trois premiers critères ont été satisfaits tel que décrit dans ce chapitre. Selon Fortin (2016), la transférabilité est la démonstration que les résultats obtenus peuvent être valables dans d'autres situations et l'atteinte de ce critère sera présentée dans la conclusion.

CHAPITRE 4

Analyse des données

Ce quatrième chapitre présente les résultats obtenus de la recherche effectuée auprès de six étudiantes finissantes du programme de baccalauréat en sciences infirmières. Les résultats ont été regroupés sous les thèmes dégagés à partir du guide d'entrevue que nous avons employé. Ce dernier a été construit à partir de la question de recherche et de la recension des écrits sur le vieillissement de la population au Canada et de la pratique infirmière dans un tel contexte. Les thèmes employés relevaient ainsi de la réalité du marché du travail en sciences infirmières, de son cadre de formation, du vieillissement ainsi que la pénurie d'infirmières autorisées dans le nord de l'Ontario.

Dès les premières entrevues, deux principaux thèmes ont émergé des entrevues. Ces thèmes portaient sur la compétence et l'expérience des infirmières nouvellement diplômées. Ces thèmes ont permis d'effectuer une inférence sur le cadre conceptuel et théorique de notre thèse l'orientant sur les limites de la formation et des compétences de ces futures infirmières autorisées avec les populations âgées. L'analyse complète des données qualitatives a permis de confirmer que ces thèmes étaient récurrents dans l'ensemble des entrevues faites auprès des participantes. Les dimensions de l'étude ont été assujetties aux deux thèmes pour que les éléments retenus soient classifiés selon qu'ils se rattachaient à la compétence ou à l'expérience.

Le présent chapitre présente donc les perceptions qu'ont les futures infirmières autorisées sur les attentes du marché du travail, l'influence de la formation, l'expérience

auprès de la personne âgée et la pénurie des infirmières autorisées en fonction d'une lecture de la compétence et de l'expérience du travail auprès des personnes âgées.

4.1 Les attentes du marché du travail

En terminant leur programme de formation, les futures infirmières autorisées croient que le marché du travail a des attentes face à leur niveau de compétence. Elles ont mis l'accent sur l'importance d'avoir une bonne connaissance des techniques de soin ainsi qu'une bonne communication avec le patient/client. Elles reconnaissent devoir assurer la sécurité du patient/client en tout temps et ont peur d'y faillir en commençant leur carrière. Pour elles, le milieu du travail signifie aussi la poursuite de leur apprentissage grâce aux expériences qu'il leur procure. Elles perçoivent beaucoup d'avantages provenant du milieu hospitalier alors qu'elles retiennent surtout des inconvénients de celui des SLD.

4.1.1 L'importance d'avoir une bonne connaissance des techniques de soin

Cet énoncé réfère à la compétence de mettre en pratique ses acquis et de démontrer une prestation de soins techniques conforme aux attentes des milieux de travail. D'après les participantes, la qualité des soins passe nécessairement par l'excellence en techniques de soin. « *Je vais être plus confiante et je vais sentir que je peux donner les meilleurs soins parce que j'ai de bonnes techniques* » (P4) et « *Quand je dis que je peux le faire, c'est parce que je sais... beaucoup de techniques* » (P3). La maîtrise de ce type d'habiletés leur est primordiale pour elles. Elles ont unanimement dit qu'elles avaient besoin d'ancrer leur pratique en développant leur côté technique. Toutes les participantes ont utilisé les expressions « techniques » et « hands-on » à plusieurs reprises tout au long des entrevues. Pour ces dernières, avoir les mains à la tâche est

essentiel, c'est ainsi qu'elles peuvent démontrer leur compétence. « *Je trouve que je veux appliquer mes techniques. Je veux développer une connaissance plus large, comme sur une place de médecin, J'aimerais être comme hands on avec les vieillards...* » (P5) et « *J'ai peur que si je travaillais là (soins de longue durée) et restais là, je ne sois pas capable de travailler dans un hôpital plus spécialisé sans avoir de difficulté parce que je n'aurais pas pratiqué toutes mes techniques...* » (P1).

Toujours selon elles, les compétences relatives aux techniques de soin sont très présentes dans les milieux de soins aigus, mais pas beaucoup dans les milieux de soins de longue durée. « *... si je veux pratiquer mes techniques, je veux aller dans l'hôpital en premier. Je me suis fait offert un emploi à un SLD et j'ai dit non pas tout de suite!* » (P1) Qui plus est, elles pensent que la poursuite de l'apprentissage des techniques va leur permettre de développer leurs compétences de façon plus complète. « *Mais encore, je pense que j'irais en soins aigus pour ancrer mes techniques... je veux ancrer ça dans ma tête...* » (P4). Cette compétence est en émergence chez elles et elles désirent la développer en profondeur.

4.1.2 L'importance d'avoir une bonne communication avec le patient/client

D'après les participantes à l'étude, le développement d'une relation thérapeutique est primordial pour offrir de bons soins dans le milieu de travail et pour atteindre cette compétence, elles doivent passer par le développement d'une bonne communication entre elles et le patient/client. Pour accroître cette relation, elles souhaitent pouvoir échanger verbalement. « *Si j'aurais plus de chances d'interagir avec les clients, de parler... Je pense ça me manquerait d'avoir cette relation thérapeutique là afin de donner de soins* » (P4). « *Il m'a dit... ça m'a touchée parce que je ne pensais*

pas avoir une très bonne relation d'aide avec lui » (P6) et « Si je suis capable d'avoir une bonne communication (verbale) dès le début, je sais que j'ai une bonne interaction avec eux autres » (P2). Elles désirent obtenir une rétroaction verbale lors de leur prestation de soins à l'hôpital afin de se sécuriser quant à leur capacité de faire la bonne chose, au bon moment pour la bonne personne : « À l'hôpital, je trouve que tu as un peu plus de temps quand tu donnes les bains pour parler et établir une relation thérapeutique » (P6). « Parce qu'ils n'avaient presque pas de communication aussi... Oui! Surtout que c'était la première fois que je faisais ça là (insécurité)! Pas de rétroaction, la communication était unilatérale... » (P4).

Les apprentissages théoriques en communication et les expériences du programme en sciences infirmières les ont bien préparés au marché du travail : « Je peux dire que les sciences infirmières, ça m'a aidé (au niveau de la) communication (du) caring. Donc, je trouve que ça m'a ouvert les yeux sur l'autre... » (P2) « Je pense que j'étais plus caring envers eux parce qu'on a appris sur l'abus, puis des affaires comme ça... » (P5). Ces expériences pratiques dans la formation leur ont fait apprécier leurs futures interactions avec les patients/clients : « Je pense que la chose la plus agréable, c'est vraiment de communiquer avec ton patient, puis le connaître. Mais, après ça, je pense que ce sont les techniques qui sont les plus agréables » (P5) et « Là-bas, j'avais la chance de leur parler, je prenais plus de temps pour les connaître. » (P6)

À travers la communication verbale, les futures infirmières estiment qu'elles doivent être attentives en milieu de travail aux changements d'état du patient/client afin de continuer de développer leur compétence; elles parlent avec compassion : « Je ne comprends plus. Qu'est-ce qui se passe avec elle. Il y a des fois que sa démence devient

plus grave puis je demande : Y a-t-il une infection, des affaires comme ça. Je ne comprends plus son corps. Comment il fonctionne, si qu'elle a eu une réaction à un médicament... » (P5). Cette compétence repose principalement sur le fait qu'elles peuvent entrer en interaction avec le patient/client et expliquer les différentes techniques de soin qu'elles font; elles se sentent ainsi à l'aise : *« Quand, tu travailles sur une unité qui est plus autonome, où tu peux avoir une conversation avec les personnes, qu'elles vont se rappeler de toi, c'est une meilleure atmosphère pour travailler!... » (P1).*

Elles veulent travailler dans un milieu de travail où elles peuvent expérimenter ce qu'elles ont appris en communication et établir une réelle relation thérapeutique. *« Je veux une unité où ils sont tous capables de communiquer, c'est là que j'irais... » (P2)* et *« À l'hôpital, je trouve même que tu as un peu plus de temps, quand tu donnes les bains, pour établir une relation thérapeutique comparée à un milieu de soins de longue durée » (P6).* Elles croient qu'elles auront beaucoup de difficulté à bâtir une relation thérapeutique efficace en milieu de longue durée : *« Je leur parle... J'ai peur qu'il ne veuille pas mes soins... Je ne sais pas si il ne parle pas... » (P2)* et *« Donc, c'était difficile parce qu'ils ne pouvaient pas me dire s'ils avaient du mal... Tu ne pouvais pas (savoir), il fallait que tu leur parles, mais tu n'avais pas réponse!... » (P4).* Elles possèdent les qualités pour bonifier cette compétence en émergence.

4.1.3 Le devoir d'assurer la sécurité du patient/client et la peur d'y faillir

La compétence qui est reliée à ce devoir porte sur la capacité de l'infirmière autorisée d'obtenir du soutien et de l'aide afin de s'assurer qu'elle préserve la sécurité du patient/client dans le milieu de travail et aussi de garantir des soins de qualité. Les étudiantes finissantes ont confiance en leur entourage professionnel pour les

accompagner : « *Si tu as quelqu'un là pour te rassurer puis te montrer le bon chemin, bien là, on peut naviguer à travers de ça ensemble* » (P4). Elles croient que l'infirmière autorisée doit démontrer une pratique efficace, compétente et sécuritaire en permanence dans son travail; elles sont persuadées d'être responsables de leurs actes et doivent pouvoir en rendre compte : « *Puis, j'aurais peur de ne pas donner des soins sécuritaires parce que je ne fais que commencer* » (P4). « *Si je n'ai pas assez pratiqué, j'aurais juste peur de ne pas être capable de pouvoir bien faire une procédure, car je n'ai pas eu la chance de la voir avant* » (P2).

Les futures infirmières autorisées ayant participé à la recherche réalisent toute l'ampleur de leur responsabilité professionnelle et la complexité des besoins de santé des différentes personnes qui feront dorénavant partie de leur réalité de travail. Elles sont inquiètes de leur capacité de bien réagir face aux diverses situations que le travail va leur apporter : « *Si je suis confrontée à telle situation, qu'est-ce que je peux faire? Parler à une infirmière ou demander à quelqu'un, comme une infirmière-chef peut-être ou quelqu'un qui a plus d'expérience pour te faire dire : « O.K. Tu dis que tu as telle chose devant toi »* » (P3).

Elles ont peur de ne pas être à la hauteur, en n'ayant pas suffisamment de forces personnelles pour y faire face, et de ne pas être encore assez compétentes : « *Le programme, où tu es jumelée avec une infirmière pendant six mois, bien ça, ça me rassure de savoir que j'ai la chance d'être indépendante, mais que si quelque chose ne va pas, j'ai quelqu'un. J'ai une ressource. Donc ça, c'est sécurisant d'avoir de l'encadrement. Sinon, je me sentirais comme submergée là* » (P4). En toute humilité, elles reconnaissent amplement leurs limites et elles ont peur de perdre leur droit de

pratique dès leurs premiers pas dans le marché du travail. « *Fais telle chose, fais ceci, fais cela. À partir de ce jour-là, tu auras appris! J'irais dans un milieu où j'aurais facilement du support. Pour me sécuriser, pour ne pas perdre mon permis de pratique, il y a bien des choses qui entrent en jeu* » (P3). « *Avoir quelqu'un qui te suit pour six mois quand tu travailles avec ton propre permis de pratique, mais qui es toujours là pour t'aider, te guider au début* » (P6).

Elles ont l'ouverture d'esprit de compter sur l'aide des médecins si nécessaire et d'accepter leurs conseils : « *Mais dans les hôpitaux, c'est complètement différent là! Les docteurs sont toujours là aussi donc, ça aide* » (P2). Elles supposent qu'elles ne trouveront pas ce soutien des médecins en soins de longue durée, elles ne pourraient donc pas compter sur eux de manière immédiate : « *Parce que comme pour moi, j'veux toujours comme rechercher l'aide, mais je sais que le processus est plus lent à cause des docteurs qui ne sont pas là toujours (en SLD). So, faut attendre.* » (P2) C'est dans le milieu des SLD qu'elles considèrent qu'il est plus difficile pour elles d'obtenir le soutien nécessaire pour s'assurer de rencontrer cette compétence portant sur le devoir d'assurer la sécurité du patient/client et la peur d'y faillir. Le fait de tenir cette compétence en haut de leur liste de priorité démontre qu'elles ont acquis celle-ci.

4.1.4 La poursuite de l'apprentissage grâce au milieu clinique

Les étudiantes reconnaissent qu'elles doivent encore apprendre des notions théoriques et cliniques dans le milieu de travail après la fin de leur formation afin d'être compétente et demander de l'aide si nécessaire : « *Comme on a tout le temps besoin de l'aide sur certaines choses, mais après deux-trois ans, c'est assez pour... être compétente...* » (P2). Elles jugent qu'elles doivent aussi multiplier les expériences

pratiques à l'hôpital : « *Je voudrais travailler quelques années à l'hôpital, avoir plus d'expériences. Puis là, une fois que je vais être plus confortable dans ma pratique...* » (P6) et « *... Pour atteindre tes objectifs, tu voudrais le milieu hospitalier?... Pour une période de temps assez courte là, quelques années...* » (P1). Elles veulent apprendre à s'organiser dans le milieu de travail : « *J'étais capable de prendre (une charge de travail là, milieu hospitalier), complète... Tu prends la charge de ces patients alors, tu as la chance de faire les ordonnances, donner tous les médicaments, appeler le médecin, toutes des affaires comme ça.* » (P5) « *J'aurais différentes approches puis je m'organiserais.* » (P2)

Les participantes sont plutôt unanimes qu'elles ont besoin d'acquérir plus de compétences par l'apprentissage en expérimentation. Elles veulent mettre leurs connaissances en pratique et continuer d'apprendre dans le milieu clinique. Elles ont besoin de vivre des expériences cliniques pour développer leur niveau de compétence. « *Oui, j crois qu'il faut que tu aies expérimenté certaines choses pour arriver sur un niveau où tu es capable de rejoindre les autres, puis de comprendre, un peu plus!* » (P2) Afin de donner des soins de qualité, elles désirent acquérir plus d'expérience au niveau technique, ce qui leur permettra de développer leur confiance en elles. « *(Pour) me sentir de plus en plus confortable avec ces techniques-là. Puis, peut-être juste me sentir un peu plus comme si j'ai bien tout appris là, et que je suis vraiment comme... (compétente et développer pour développer une confiance en toi comme infirmière qui peut prendre en charge des choses...) Oui!* » (P1) « *Ils vont avoir plus confiance en toi si toi, tu as de la confiance, tu sais.* » (P4) Elles ont besoin d'élargir cette compétence

avec toutes les possibilités que le marché du travail peut leur donner grâce aux diverses expériences qui s'y présentent.

4.1.5 Les avantages perçus du milieu hospitalier

C'est dans un milieu de soins aigus qu'elles voient des opportunités plus présentes en termes de variété et de complexité pour prendre de l'expérience. Les participantes sont unanimement convaincues que seul le milieu hospitalier peut leur offrir les expériences qu'elles cherchent; elles désirent aller travailler là en terminant leur programme de formation. *« Si j'allais dans un milieu hospitalier, si j'allais travailler là-bas pour quelque temps maintenant, je commencerais à maîtriser peut-être plus, à me développer mieux. »* (P3), *« Pour maintenant, je pense que pour atteindre mes objectifs, ce serait d'améliorer ma pratique... Donc, ça serait dans un milieu plus aigu en ce moment »* (P1) et *« C'est parce que l'évolution a changé toujours et les soins y changent toujours »* (P2). Comme le milieu des soins hospitaliers les mettra en contact avec différentes expériences reliées à la santé, les futures infirmières autorisées désirent y travailler. *« Tu ne sais pas ce qui t'attend, mais au moins tu as une routine... a une petite base. y a beaucoup d'imprévus qui peuvent se dérouler... J'aime le challenge. »* (P2) *« Le milieu hospitalier, je pense que c'est mieux, plus sécurisant, oui. Ce sont des choses que j'ai eu plus l'habitude de regarder les autres faire. Je n'ai pas (encore) ma licence »* (P3).

Ce faisant, elles ont plus de curiosité d'apprendre à l'hôpital, elles pensent que les expériences y sont plus enrichissantes. *« Je veux plus d'expériences, je veux apprendre, je veux être capable de prendre une pleine assignation à l'hôpital. Je veux en apprendre plus. »* (P6) *« Tu voudrais t'éduquer de ce côté-là parce que c'est*

vraiment avec l'expérience que je pourrais dire (qu'on l'a). » (P3) « Je veux développer mon expérience puis mes compétences. Si je ne pratiquais pas tout de suite, bien, j'aurais peur de perdre mes techniques. » (P4) « Travailler à l'hôpital, c'est plus comme high space... plus d'I.V., plus de cathéters, plus de pansements, plus, mais aussi plus souvent là, plus de tube N.G. ou de transfusion sanguine, des choses comme ça là, des pick line. » (P1)

Comme elles visent donc à être au cœur de l'action en commençant leur carrière afin de prendre le maximum d'expériences en tous genres, elles voient le milieu aigu comme celui qui les aidera à amplifier leur jugement clinique, essentiel à la prise de bonnes décisions. *« Travailler dans un milieu aigu pour un peu de temps, je pense que ça va me donner la chance de juste me sentir de plus en plus confortable avec ces techniques-là et peut-être juste sentir comme si j'ai bien tout appris là... Je trouve qu'avec l'expérience (en soins aigus), avec le temps, on gagne cette confiance, puis on gagne aussi une bonne pensée critique et un bon jugement clinique. Je pense qu'il faut avoir cette expérience-là avant. » (P1)* Elles aspirent ainsi à bonifier leur pratique le plus rapidement possible dans le milieu aigu afin d'être capables de transposer celle-ci aux autres types de milieux par la suite.

Ces expériences leur permettront aussi d'être en contact avec de nombreux autres professionnels de la santé avec qui elles vont devoir communiquer et collaborer constamment. Voulant être plus assurées au niveau de leur jugement professionnel tout en maîtrisant leurs techniques, pouvoir compter sur l'appui de collègues de travail facilement accessibles lorsqu'elles ont des questions est un atout indéniable : *« Tu sais, quand tu vas sur le marché du travail, avec le nouveau programme, c'est bien d'avoir ce*

mentorat-là avec toi pour six mois. Mais après, tu n'es pas toute seule, même si cette personne est affiliée avec toi n'est plus là. Il y a des collègues, ton infirmière gérante puis tout ça. Ça tourne un peu plus sur tes épaules lentement » (P1). Maintenant, elles veulent pouvoir l'expérimenter dans leur travail. Aussi, comme elles recherchent le soutien qui leur permettra de se sécuriser dans leur pratique, côtoyer des collègues de la profession les rassure. *« Le programme, où tu es jumelée avec une infirmière pendant six mois, bien ça, ça me rassure de savoir que j'ai la chance d'être indépendante, mais que si quelque chose ne va pas, j'ai quelqu'un. J'ai une ressource. Donc ça, c'est sécurisant d'avoir de l'encadrement. Sinon, je me sentirais comme submergée là » (P4).* Ce soutien leur est essentiel dans leur début de carrière, car elles sont effrayées par le défi qui les attend.

4.1.6 Les inconvénients perçus du milieu des SLD

Le milieu des soins de longue durée ne les attire pas du tout en début de carrière, car il ne leur permet pas de faire les expériences qu'elles désirent. Pourtant, elles ont une excellente opinion face aux personnes âgées grâce aux expériences qu'elles ont eues avec cette clientèle durant leurs différents stages. Elles se sentent prêtes à travailler avec les personnes âgées sans problème. *« Ce n'est pas le fait des personnes âgées, c'est juste le fait qu'il n'y aurait pas assez de techniques infirmières pour une nouvelle diplômée. Il n'y a pas assez pour m'expérimenter, il n'y a pas assez de choses pour pouvoir améliorer mes techniques. C'est juste le fait qu'il n'y avait pas assez pour évoluer pour ma profession » (P2).*

Un travail qui leur propose un autre défi en soins de longue durée, comme la gestion d'une équipe ou de la supervision, n'est guère alléchant. Elles ne se sentent pas à

ce niveau et pas encore prêtes à faire un travail administratif : « *C'est plus comme une job d'administration. Ce sont elles qui appellent s'il y a des personnes qui n'entrent pas au travail ou qui appellent les médecins. Ce sont des choses que je ne ferai jamais. Non, pas d'administration! Il n'y a pas de contacts avec les personnes!* » (P6). De coordonner et déléguer les soins en fonction des besoins des patients/clients ne font pas partie de ce qu'elles ont appris dans la formation de base surtout les techniques de soin : « *La majorité des infirmières autorisées ne font que diriger. Comme elles ont du personnel et elles leur dit quoi faire... Je pense aussi qu'en travaillant là-bas, je perdrais aussi beaucoup de capacités de pouvoir pratiquer les techniques infirmières* » (P3).

Les participantes trouvent également le travail de l'infirmière autorisée dans les milieux de soins de longue durée beaucoup trop bureaucratique et pas du tout technique auprès de la clientèle elle-même. « *On ne voyait pas d'infirmière autorisée avec les clients donc, c'est quoi qu'elle fait là?* » (P4), « *Elles n'interagissent pas beaucoup avec les personnes. Elles sont plus dans le bureau, c'est moins intéressant.* » (P2) et « *Où j'ai travaillé, c'était les préposés qui faisaient la plupart des soins et ensuite, il y avait les infirmières auxiliaires qui faisaient les signes vitaux, donnaient les médicaments et puis y avait seulement une infirmière qui était comme un chaperon de tout l'établissement. Elle faisait beaucoup de » 'paper work' »'!... J'ai peur de perdre ma pratique, mes techniques si j'y vais trop vite ou de pas être capable d'avoir ma pratique aigüe avant* » (P1). Certaines des participantes ne veulent carrément pas être dans un travail où elles se retrouveraient en situation de supervision. « *C'est comme une job de boss. Je ne voudrais pas ça!* » (P6). Elles ne s'imaginent pas être capables de gérer différents types de soignants : « *Je ne me sens pas prête à être une infirmière autorisée et avoir mes*

infirmières auxiliaires, puis mes préposés pour être en charge. Je ne suis pas prête d'être au top... Je pense que j'ai beaucoup encore à apprendre avant d'être capable de faire ces décisions-là. Aussi, j'ai 21 ans et il y en a qui sont des auxiliaires, ça fait des années et des années. Elles sont beaucoup plus âgées que moi. Donc, moi être leur boss... non! Pour être crédible, mais pour aussi pour avoir la confiance en moi-même que je fais les bonnes décisions, je pense que j'ai besoin de voir un petit peu plus, de vivre un petit peu plus ce travail-là avant d'être capable, d'être certaine de moi et d'avoir la confiance que je fais les bonnes décisions. Je trouve qu'avec l'expérience, qu'avec le temps, on gagne cette confiance puis on gagne aussi une bonne pensée critique et un bon jugement clinique » (P1). Elles se retrouveraient seules sans aide de collègues infirmières : « Si j'arriverais en soins prolongés probablement qu'il n'y aurait pas plusieurs infirmières donc, je serais responsable, j'aurais plus de responsabilités. Donc, je voudrais être capable de savoir tout faire avant » (P4).

Les futures infirmières autorisées désirent donc ancrer leurs connaissances dans un milieu plus actif afin d'améliorer leur aisance dans la réalisation des soins. Elles font le lien entre la croissance de leur compétence et la capacité de faire des soins correctement, de les maîtriser par l'expérience. C'est en multipliant les expériences plusieurs fois qu'elles y parviendront. Elles ont une vision très différente de l'expérience pratique des soins aigus et de celle des soins de longue durée. Elles posent un regard sur les milieux de travail, premièrement en fonction des compétences qu'elles possèdent en partie et deuxièmement, selon les expériences qu'elles croient pouvoir obtenir.

4.2 L'influence de la formation

La cadre de formation demeure la base de l'acquisition des connaissances de la profession infirmière. À la fin de leur programme, les étudiantes ont acquis partiellement certaines compétences au niveau de l'acquisition des connaissances et de l'utilisation d'une approche relationnelle. Elles ont aussi cumulé des expériences dans les milieux de soins pour les exercer pour augmenter leur confiance, mais elles réalisent que la poursuite de la formation devra se faire en mode continu sur le marché du travail afin d'exploiter leur plein potentiel.

4.2.1 La poursuite de la formation en mode continu

Cette compétence est reliée aux acquis de connaissances découlant du programme de formation qui permet l'utilisation des différents savoirs dans la pratique. Elle sert de base pour réfléchir et agir ensuite. *« J'ai encore beaucoup de connaissances à pratiquer puis en apprendre beaucoup plus »* (P6) et *« Comme on est préparé le plus qu'on peut, mais après, il faut qu'on le fasse par nous autres mêmes »* (P1).

Certaines participantes réalisent pleinement que la fin de leurs études ne signifie pas la fin de leur éducation et qu'elles doivent continuer à développer leurs apprentissages. Elles voient le marché du travail comme un continuum d'apprentissage afin d'améliorer leurs expériences fondées sur les connaissances. *« Parce que je me dis que mon éducation ne se termine pas. Je veux apprendre davantage sur certaines choses, comme je veux aller plus loin pour une bonne connaissance. Quand vient le temps, on va dire d'être préceptrice, bien je vais avoir la base, puis je vais pouvoir leur montrer ce que j'ai appris, comment avoir une bonne relation? Tu sais, je veux être capable de tout mettre ça ensemble »* (P2)

Elles considèrent qu'elles doivent appliquer leurs connaissances directement reliées à la prestation de soins comme les techniques de soin; elles y mesurent leur efficacité : *« Pour que je puisse faire le cheminement, faire mon orientation, devenir habituée, devenir bonne, puis après ça, aller au-delà de ça pour devenir encore plus bonne là! D'aller chercher ces petites choses techniques, ces extras-là que tu n'as pas eu le temps de bien apprendre à fond. »* (P1) À l'aide des connaissances, elles doivent se questionner, réfléchir et discuter de ce qui concerne le patient/client. *« Là maintenant, qu'est-ce que tu dois utiliser? (Tu dois démontrer ton) jugement, ta pensée critique. Il faut se dire : O.K. maintenant là, qu'est-ce que je fais? Qu'est-ce que je fais avec ce patient pour ne pas l'infecter? Tu commences à réfléchir. »* (P3) Elles démontrent ainsi de l'introspection.

4.2.2 L'utilisation d'une approche relationnelle

Découlant de leur formation, cette autre compétence, portant sur l'approche relationnelle, illustre la préoccupation de l'autre, le fait de vouloir son bien-être par la démonstration du savoir-faire et du savoir-être. Les étudiantes finissantes expliquent qu'elles se soucient grandement des relations avec le patient/client et désirent leur bien-être : *« C'est juste à force d'interagir avec eux autres que tu as le sentiment que tu peux faire une différence juste en leur parlant, puis juste en étant là quand ils avaient besoin de toi. »* (P4). *« Il y a comme une alliance entre moi et les personnes âgées... Ce qui me rend à l'aise avec elles, c'est parce que les personnes âgées sont assez compréhensives. »* (P3). Elles démontrent déjà de la bienveillance à l'égard des personnes âgées : *« Moi j'aime les personnes âgées. Je pense qu'elles sont très intéressantes puis elles sont vraiment comme notre histoire. Elles représentent d'où on*

vient. C'est important d'en prendre soin parce qu'eux autres ont pris soin de nous d'une manière » (P5).

Les futures infirmières participant à l'étude disent que l'approche relationnelle avec leurs grands-parents a eu un impact sur le cours de formation infirmière. En effet, une relation positive avec les grands-parents entraîne un sentiment très favorable envers la clientèle des personnes âgées. L'approche relationnelle s'est développée peu à peu : *« Ce qui me fait aller avec cette clientèle, c'est parce que depuis ma jeunesse, j'ai beaucoup vécu avec ma grand-mère. On s'entendait bien, elle me disait toujours des choses que j'ai observées aujourd'hui » (P3), « Ça vient peut-être de mes parents, en vieillissant tu respectes tes grands-parents » (P5) et « Quand je pense à des personnes âgées, je pense, à mes grands-parents, des personnes très amicales... en tant que future infirmière, je les vois comme des personnes qui auront besoin de plus d'aide. Puis, je respecte beaucoup les aînés, les personnes plus âgées » (P6).*

Malgré cette approche relationnelle positive pour certaines, toutes les étudiantes commençant leur programme de formation ne se sentent pas prêtes à l'appliquer auprès des personnes âgées. En effet, elles ne transposent pas automatiquement leur sentiment positif envers leurs grands-parents vers des personnes âgées étrangères. La formation leur permet de développer une approche relationnelle grâce à l'expérience théorique et pratique qu'elle fait vivre aux étudiantes : *« Je peux-tu te dire que mon avis des personnes âgées a changé beaucoup dans mes derniers quatre ans!... Donc, mes grands-pères étaient décédés quand j'étais très, très jeune. Puis mes grands-mères, bien, je les ai juste connues dans la maladie. Donc, pour moi, les personnes âgées, c'était des vieilles personnes qui étaient malades. Je n'ai pas vraiment eu une bonne relation avec*

mes grands-parents... Quand je suis venue à l'école, les personnes âgées là, je m'en foutais bien là! Mais, la formation me les a vraiment fait apprécier » (P1).

4.2.3 L'acquisition de la confiance par la prise d'expérience

La formation a donc une influence importante et positive, car elle permet aux étudiantes du programme d'être en contact régulier avec la clientèle des personnes âgées par les différentes expériences qui y sont offertes. En soignant les personnes âgées, elles peuvent également acquérir de l'auto-efficacité, qui permet d'avoir confiance en soi et en ses actions. *« Parce que j'étais capable de faire tous les soins pour la personne. Puis, je me sentais plus confiante dans ce que j'faisais. J'ai pu faire plus pour eux à cause de ça » (P4).* Ces expériences pratiques auprès des personnes âgées ont marqué positivement les étudiantes puisqu'elles ont beaucoup apprécié les différents stages offerts les concernant. *« Avant de commencer le programme de sciences infirmières, j'avais de la misère, j'avais peur des personnes âgées, car je ne savais pas comment les approcher à part mes grands-parents. Puis après quatre ans d'expérience à prendre soin d'eux autres, parce que durant les stages ce sont surtout des personnes âgées qui sont à l'hôpital, donc tu apprends vraiment à interagir avec eux autres puis à comprendre leurs besoins » (P4).*

4.3 L'expérience auprès des personnes âgées

Au cours de leur formation, elles ont eu l'occasion de développer une compétence au niveau de la relation à l'autre avec cette clientèle avec qui elles étaient souvent en contact. L'accessibilité et la rétroaction que les personnes âgées leur ont offertes ont aussi permis de développer un respect mutuel entre elles et cette clientèle ainsi qu'augmenter le degré de confiance qu'elles ont en leurs compétences. Toutefois,

l'expérience acquise les a aussi placées devant certains défis liés aux problèmes cognitifs.

4.3.1 La relation de respect avec les personnes âgées

Les participantes disent qu'elles souhaitent acquérir une compétence qui leur permettant d'avoir plus d'habiletés à interpréter les connaissances qu'elles possèdent sur les personnes âgées. Lorsqu'elles font leur prestation de soins, les futures infirmières autorisées se sentent à l'aise d'expliquer ce qu'elles font au fur et à mesure aux personnes âgées, car elles sentent l'intérêt que celles-ci leur portent : « *Je pense que c'est à cause je suis jeune, comme je suis intimidée parce que la majorité peuvent être mes parents! Mais les personnes âgées, je trouve, je ne sais pas pourquoi, qu'elles me croiraient plus. Je me sens comme ça!* » (P5). Elles ont appliqué leurs connaissances; c'est facile, car la clientèle âgée leur donne de la confiance en elles; elles aiment les compliments sur leur travail : « *Oh! Oui! (Ça m'a aidé) je peux dire surtout envers ma communication et puis pour le caring surtout! Ils te regardent puis (disent) : Ah! Toi, tu es gentille! Tu es assez fine! Comme ils me disent beaucoup de petits commentaires, ça me fait du bien à entendre!* » (P2). En remerciement de l'apport de connaissance qu'elles ont fourni, elles apprécient grandement toute la considération que les personnes âgées leur portent « *Ce qui me rend confortable avec eux, c'est parce que... les personnes âgées sont assez compréhensives.* » (P3). « *Je les aime! C'est une clientèle avec qui j'aimerais travailler pour tout de suite dans un milieu aigu.* » (P1)

4.3.2 L'accessibilité de la personne âgée

Les futures infirmières reconnaissent le lien qui s'établit facilement entre elles et la clientèle des personnes âgées. Ce lien leur fait sentir qu'elles sont à leur place dans la

profession infirmière. Les personnes âgées leur donnent le sentiment d'être compétentes. Cette clientèle a donc permis aux participantes de commencer le développement de leur sentiment de compétence en rétroaction, en acceptant de recevoir leurs soins malgré qu'elles ne fussent que des débutantes en apprentissage. Ce faisant, les personnes âgées ont permis aux futures infirmières autorisées d'augmenter leur niveau de communication. *« Les personnes âgées sont vraiment cutes! Je trouve passionnant de voir comment elles ont passé à travers beaucoup de choses... Les personnes âgées vont tout dire, comme elles sont plus ouvertes que la population plus jeune, je dirais. C'est ça qui facilite les soins parce qu'elles vont essayer d'avoir une conversation avec toi, elles vont essayer de rire, elles vont essayer d'aider comme... Je trouve que c'est plus facile d'approcher les vieillards que les plus jeunes! » (P2)*

Le contact avec des personnes âgées qui peuvent leur donner de la rétroaction verbale les réconforte sur leur capacité d'être une infirmière autorisée compétente. Ainsi, elles recherchent ce contact avec la clientèle des personnes âgées dans le milieu de soins qui leur semble être le plus approprié pour répondre à ce besoin, car elles doutent de leur capacité à comprendre réellement les besoins des patients/clients si elles ne reçoivent pas une réponse claire à leurs questionnements. Cette situation les remet en question au niveau de leur capacité d'assurer et surveiller la qualité de soins : *« Je trouve difficile quand ils n'ont plus de réelle communication. Tu essaies de penser pour eux autres, c'est ça qui devient le plus compliqué là! C'est dur des fois de juger, de savoir ce qu'ils pensent... C'est bien de pouvoir savoir que j'étais dans la bonne direction, que j'étais capable de faire sentir mon caring, être capable de communiquer. » (P2)*

« C'était difficile pour moi parce qu'elle ne pouvait rien me dire puis je me sentais mal pour elle... Elle ne pouvait pas me dire ce qu'elle voulait. » (P5)

4.3.3 Les contacts avec les personnes âgées

Les différentes expériences cliniques que les étudiantes finissantes ont effectuées lors de leur formation les ont mis en contact régulier avec des personnes âgées. Elles ont pu côtoyer les personnes âgées de façon régulière, sur les quatre années du programme. Elles ont pu constater qu'il y avait une clientèle importante de personnes âgées dans tous les milieux de soin. *« En dehors de maternité, puis pédiatrie, la majorité des patients, c'était des personnes âgées. Dans mes stages les personnes à qui j'ai (offert des) soins étaient des personnes âgées, la majorité! Je dirais 80 % — 90 %. » (P3).*

Toutefois, même si elles veulent travailler dans les hôpitaux, elles ne sont pas réticentes à prendre soin des personnes âgées : *« Bien, je vais sans doute les rencontrer dans le milieu hospitalier, les personnes âgées! Donc, je le sais que je vais les voir là, puis ça ne me dérange pas du tout. Mais en tant qu'aller travailler, dans un centre de soins à long terme... pas tout de suite, plus tard dans ma carrière. » (P1)*

4.3.4 Le défi de la clientèle avec des déficits cognitifs

Il est difficilement concevable pour elles d'aller travailler dans un milieu où la majorité de la clientèle présente un déficit cognitif qui entrainerait une incapacité à exprimer clairement leurs besoins. *« Tu ne pouvais pas leur parler tant que ça parce que plusieurs ne parlaient plus tant que ça, donc, il n'y avait aucun moyen de les toucher, verbalement... J'avais peur de ne pas leur donner de bons soins... » (P4).* Elles préfèrent pour l'instant faire leurs expériences futures de travail auprès d'une clientèle moins malade : *« C'est plus ce groupe de personnes que j'ai eu dans mes placements so je*

serais plus à l'aise au commencement (avec eux) » (P2). Elles ont côtoyé une clientèle de personnes âgées ayant un potentiel de guérison et d'autonomie lors de leur stage en milieu hospitalier qui est très différente de celles des milieux des SLD et c'est cette clientèle qu'elles recherchent. Les expériences auprès des personnes âgées que les étudiantes finissantes possèdent résultent de leurs stages en milieux cliniques et ils sont soit positifs, soit négatifs selon le groupe de personnes âgées qu'elles y ont rencontré.

4.4 La pénurie d'infirmières autorisées dans les milieux des SLD

La pénurie n'est pas une préoccupation pour les participantes à l'étude, car pour elles, c'est l'accès au marché du travail qui compte avec les compétences qu'elles ont acquises et celles qui sont en émergence. Elles ont réalisé le défi présenté par le travail dans les SLD et ne se sentent pas rendues là au niveau de leurs compétences. De plus, le milieu est peu attrayant au niveau salarial.

4.4.1 L'incapacité de prendre le rôle de responsable de l'équipe de soins

Pour l'instant, les futures infirmières ne considèrent pas avoir les compétences requises en terminant leur formation pour aller travailler dans ce milieu de soins. *« Je ne me sens pas prête à être une infirmière autorisée et avoir mes infirmières auxiliaires, puis mes préposés pour être en charge (P1).* À leurs yeux, elles préfèrent devenir compétentes dans ce qu'elles ont appris pendant les quatre ans de leur formation : *“Je ne suis pas prête d'être au top... Je pense que j'ai beaucoup encore à apprendre avant d'être capable de faire ces décisions-là” (P1).* Elles ne se voient pas dans ce type de milieu de travail : *“Donc, moi être leur boss... non! Pour être crédible, mais pour aussi pour avoir la confiance en moi-même que je fais les bonnes décisions, je pense que j'ai*

besoin de voir un petit peu plus, de vivre un petit peu plus ce travail-là avant d'être capable, d'être certaine de moi et d'avoir la confiance que je fais les bonnes décisions" (P1). Elles gardent la porte ouverte au milieu de soins de longue durée : *"Je trouve qu'avec l'expérience, qu'avec le temps, on gagne cette confiance puis on gagne aussi une bonne pensée critique et un bon jugement clinique"* (P1).

4.4.2 Le manque d'attrait du milieu des SLD relié à un salaire moins compétitif

Selon les expériences personnelles d'une participante qui s'est intéressée au milieu de soins de longue durée, les infirmières ne veulent pas travailler dans ces institutions en raison de l'apport salarial; elles estiment avoir moins de reconnaissance : *"Il y a une très, très, très grosse pénurie dans les maisons d'hébergement... les infirmières y sont moins payées. Elles ne voudront pas aller travailler là-bas!"* (P3). Le vieillissement de la population va s'accroître et une participante sous-entendait qu'il faudrait des infirmières pour s'en occuper; le phénomène n'est pas près de résorber : *"La population, de baby-boomers qu'elle s'appelle. Y en a beaucoup qui vont partir, veux, veux pas, ça va être une population qui est plus jeune qui va rentrer"* (P2).

La dimension du marché du travail vue précédemment semble tellement importante pour les nouvelles infirmières autorisées en début de carrière, qu'elles ne se voient que dans le contexte du milieu hospitalier pour maintenir leurs compétences acquises lors de leur formation et le développement des autres dans l'avenir. Elles manifestent très peu de préoccupations au sujet de la pénurie d'infirmières autorisées qui est présente dans les milieux de soins de longue durée, car le milieu ne les interpelle pas.

CHAPITRE 5

Discussion

Ce cinquième chapitre porte sur les éléments de discussion de cette recherche menée dans le nord de l'Ontario, qui avait pour but de comprendre l'expérience des étudiantes francophones finissantes en sciences infirmières avec la clientèle des personnes âgées. Il a été démontré que la décision de ne pas s'orienter en SLD en début de carrière, en dépit d'une pénurie ou de rareté d'infirmières autorisées dans ces milieux, se fonde majoritairement sur trois éléments centraux : leur manque de compétences cliniques, avec cette clientèle en particulier, et un milieu qui fonctionne de manière hiérarchique, en mode d'intraprofessionnel (infirmière-chef, auxiliaire, préposé); leur intérêt pour une pratique mettant l'emphasis sur la technique davantage que sur la compétence relationnelle; leur manque d'intérêt pour un milieu qui n'investit pas financièrement sur leur personnel, considérant les risques et les problèmes de sécurité potentiels avec une telle clientèle. Nous pensons que ces éléments influencent sur le choix des étudiantes en sciences infirmières d'œuvrer auprès des personnes âgées en soins de longue durée.

Pour mener à bien la discussion, nous devons parler des deux thèmes qui se sont dégagés à mesure que l'analyse des données s'est effectuée : la compétence et l'expérience. La compétence se rapporte à la possession de connaissances théoriques et pratiques de l'étudiante finissante en sciences infirmières. L'expérience chez la future

infirmière autorisée s'avère la pratique d'un ensemble de notions théoriques ou d'une série d'épreuves de laboratoire acquis au préalable. C'est par l'expérience qu'elle peut accroître son ensemble de compétences afin d'offrir des soins de qualité, orientés vers les besoins spécifiques des diverses clientèles, comme celle des personnes âgées en milieu des SLD.

5.1 Compétence

En ce qui concerne la compétence, nous pouvons dire, à la lumière des résultats, que les participantes à cette recherche sont au stade de novice selon Benner (2001, 1995). Dans leur discipline, elles n'ont aucune autre expérience du marché du travail que ce qu'elles ont acquis durant leur formation. Leurs compétences en sciences infirmières sont en émergence; elles ont besoin de multiplier les expériences pour les posséder pleinement (Gottlieb, 2014). Les participantes disent qu'elles ont beaucoup de connaissances théoriques reçues lors de leur formation et un peu d'expériences cliniques à mettre en valeur dans leur futur emploi d'infirmière autorisée. Comme Benner (1995) le mentionne, elles sont limitées dans leur pratique et peuvent évaluer les patients/clients seulement à la lumière des normes qu'elles ont apprises lors de leur formation. Selon cette même auteure, ces futures infirmières autorisées ont de la difficulté à prendre en compte l'ensemble du contexte présent et sont portées à utiliser les mêmes interventions pour chaque patient/client (Benner, 2001, 1995). Elles reconnaissent peu le fait que chaque être humain est unique lorsque le cas ressemble à d'autres en terme de maladie (Benner, 2001, 1995). Elles s'aperçoivent donc avec humilité qu'elles n'ont pas atteint le niveau de compétence requis pour offrir la qualité de soins que mérite la clientèle des milieux de soins de longue durée et selon la théorie de Benner, ce sentiment est tout à

fait normal (Benner, 2001, 1995). Le niveau de novice, selon Benner, suppose qu'elles ont besoin du soutien des collègues et des cadres bien établis pour tenir compte des besoins spécifiques des patients/clients en s'appuyant sur des normes et paramètres biologiques, des règles de pratique et des directives administratives du milieu de travail. Elles ont besoin d'un cadre intraprofessionnel et parfois même interprofessionnel. L'encadrement des futures infirmières autorisées est essentiel à cette étape des niveaux de compétences de Benner (2001,1995).

Pour cette raison, il est compréhensible de voir les étudiantes finissantes se désintéresser des milieux de SLD puisqu'elles apportent peu d'encadrement puisque l'infirmière autorisée y travaillant a souvent un rôle de gestionnaire (Sylvain & coll., 2014). En étant au niveau de novice lorsqu'elles entrent sur le marché du travail, elles n'ont pas encore développé suffisamment d'expertise infirmière pour pouvoir affronter le défi qui leur est proposé par les personnes âgées dans les milieux de SLD. Pour développer cette expertise, il leur faut de l'expérience professionnelle, de la pratique clinique (Gottlieb, 2014 : Benner, 2001, 1995). Nous pouvons penser que c'est lorsque les infirmières autorisées seront rendues au troisième niveau, celui de compétente selon Benner, qu'elles se sentiront probablement prêtes à relever le défi des milieux de soins de longue durée. Ce niveau est celui où l'infirmière autorisée utilise mieux ses différents savoirs pour analyser une situation imprévue (Benner, 2001, 1995). C'est à ce moment de leur carrière que les milieux de SLD auraient avantages à tenter de recruter les IA pour combler leurs postes. Pour ce faire, il faudrait que ces milieux aient des avantages réels, au niveau salarial ou des avantages sociaux à proposer, comparés à ce qui est offert dans les milieux aigus.

Les différentes compétences qu'elles ont fait ressortir, peuvent être rattachés à des énoncées du cadre de l'OIIO, avec la mise en pratique des interventions thérapeutiques, l'établissement d'une relation thérapeutique ainsi que la recherche d'un soutien et d'une aide dans les milieux de soins, et couvrent la plupart des cinq domaines de compétence de ce cadre (OIIO, 2014). Les comportements reliés aux compétences qu'elles ont acquises peuvent aussi être reconnus dans les différents modèles présentés. Ces modèles se rejoignent tous au niveau du fond lorsque les compétences sont émises, ils utilisent seulement un langage différent pour les énoncer. Lorsqu'elles possèdent un comportement relié à une catégorie liée aux compétences, il est plausible de croire qu'il leur sera plus facile de développer l'ensemble des comportements de cette catégorie afin de satisfaire les attentes.

Les futures infirmières autorisées confirment aussi qu'elles ont acquis plusieurs forces selon Gottlieb (2014). Ces forces relèvent de l'humilité, de la curiosité, de l'introspection, du respect, de l'empathie, de l'auto-efficacité, de la compassion et de la bienveillance. Certaines phrases dites par les étudiantes finissantes reflètent ses sentiments. Par exemple, la participante 5 qui démontre de la bienveillance à l'égard des personnes âgées : *« Moi j'aime les personnes âgées. Je pense qu'elles sont très intéressantes puis elles sont vraiment comme notre histoire. Elles représentent d'où on vient. C'est important d'en prendre soin parce qu'eux autres ont pris soin de nous d'une manière »* ou la participante 6 qui démontre de la curiosité : *« Je veux plus d'expériences, je veux apprendre, je veux être capable de prendre une pleine assignation à l'hôpital. Je veux en apprendre plus. »*. Elles se sont appuyées sur ces différentes forces pour parler de leur degré de compétence lorsqu'elles soignent leurs

patients/clients en utilisant les différents savoirs qu'elles ont appris à travers leur formation (Gottlieb, 2014 : 146).

Dans le cadre de leur futur travail, les compétences que les étudiantes finissantes veulent réaliser sont au niveau de la mise en pratique des interventions thérapeutiques reliées aux techniques de soin, l'établissement d'une relation thérapeutique avec son patient/client relié à l'évaluation des besoins de ceux-ci et la recherche d'un soutien et d'une aide aux besoins des milieux de soin. La première et la dernière compétence, les techniques et le soutien désiré sont plus facilement réalisables en milieu aigu (de type hospitalier) et à cause de cette situation, que les hôpitaux ont leur préférence (Fréchette, Bourbis & Stachura 2013). La deuxième compétence peut s'avérer être difficile en SLD lorsque les patients/clients souffrent de démence et sont incapables de communiquer (OLTCA, 2014); cette situation les fait se tourner inévitablement vers les milieux de soins aigus.

Les étudiantes finissantes sont particulièrement intéressées aux compétences reliées aux techniques des soins. Pendant leur formation, elles ont pratiqué leurs techniques de soin en laboratoire et parfois en stage. Elles veulent continuer le processus d'acquisition d'habiletés cliniques dans leur nouvel emploi; il n'y a pas d'autres possibilités, quoi de mieux que le milieu hospitalier pour pratiquer de telles habiletés (Duchscher, 2009), plus faciles d'être performantes dans quelque chose qu'elles connaissent déjà comme une habileté technique (Lima et coll., 2014; McGrath, Anastasi, Fox-Young, Gorman, Moxham, & Tollefson, 2006). Elles développent de la confiance de soi plus rapidement (Chesser-Smyth & Long, 2013). C'est beaucoup plus encourageant pour les jeunes infirmières autorisées (Gottlieb, 2014).

La perception que les étudiantes en sciences infirmières ont envers le travail auprès des personnes âgées dépend grandement de l'image qu'elles associent à ces dernières (Chen & Walsh, 2009). Si elles viennent d'un milieu où la personne âgée est valorisée, elles perçoivent plus positivement le travail avec cette clientèle. Par contre, si elles proviennent d'un milieu où la personne âgée est perçue de façon négative, elles ont de la difficulté à voir que le travail avec cette clientèle peut être agréable. L'influence de leur milieu d'origine est donc très grande. La relation que les étudiantes ont pu établir avec leurs grands-parents a un impact important sur leurs perceptions devant les personnes âgées (Creasey & Kaliher, 1994).

L'analyse des données montre aussi que les étudiantes finissantes veulent recevoir du « feedback » pour établir la relation patient/soignant et confirmer les besoins des patients/clients. Elles se trouvent compétentes quand elles peuvent intervenir directement auprès de la clientèle et interagir avec les personnes; elles ressentent le besoin de se rassurer sur leurs compétences relationnelles (Meretoja, Numminen, Isoaho & Leino-Kilpi, 2015). La communication est un élément essentiel afin d'établir la relation thérapeutique avec un patient/client (Potter & Perry, 2010). Comme les nouvelles infirmières autorisées ont besoin que cette communication puisse se faire verbalement afin de construire une bonne relation (Dewar & Nolan, 2013), il y a lieu de se demander comment outiller les nouvelles diplômées des programmes pour travailler dans les milieux de soins de longue durée.

Lorsqu'elles entrent sur le marché du travail, elles préfèrent aller dans un milieu qui a une bonne réputation et où le personnel reçoit de la reconnaissance, ce qui n'est pas le cas des milieux de SLD (Fréchette & coll., 2013). Dans tous groupes, il y a des

différences entre les personnes qui le composent concernant leur niveau de développement et d'apprentissage (St-Pierre, 2007). Il y a donc des étudiantes finissantes qui ont un besoin plus marqué de l'appui de leurs pairs alors que d'autres ont acquis plus d'autonomie et de confiance en elles-mêmes (Chesser-Smyth & Long, 2013). Elles trouvent le soutien de ces pairs dans le milieu hospitalier où elles désirent travailler.

Toutes les compétences de Benner (1995) ou de l'OIIO (2014) sont à prendre en compte, mais certaines semblent plus adaptées à la spécificité gériatrique dont les infirmières autorisées sont un des pivots principaux (Voyer, 2013). En effet, les infirmières autorisées en SLD agissent comme figure de proue auprès de l'équipe multidisciplinaire composée de nutritionnistes, de travailleurs sociaux, de pharmaciens, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes qui gravitent autour de l'équipe soignante; elles se doivent de posséder ces compétences (Voyer, 2013). Pourtant ce rôle n'est pratiquement pas présent dans les résultats, les étudiantes finissantes n'en parlent presque pas se limitant à l'aspect du travail administratif et de gestion de l'infirmière autorisée qu'elles perçoivent comme peu attirant. Cette situation peut être expliquée en partie par le fait que leur stage en milieux de SLD s'est déroulé lors de leur première année du programme et que l'objectif de ce stage est de leur apprendre les soins de base. Pour ce faire, elles étaient principalement en contact avec les préposés. Elles n'ont donc pas vu l'IA en action dans ses différentes fonctions. Les étudiantes ont rencontré l'IA principalement quand il y avait un manque de personnel à l'unité ou que des rencontres, où les étudiantes n'étaient pas admises, avaient lieu.

De plus, prendre soin des personnes âgées demande beaucoup d'aptitudes relationnelles et humaines ainsi que des compétences techniques et une maîtrise des gestes spécialisés (Voyer, 2013). Le travail des infirmières autorisées comprend des compétences particulières qui les amènent à tenir un rôle propre très spécifique auprès de la clientèle des personnes âgées, un rôle de leader et de gestionnaire (Voyer, 2013). Elles doivent s'occuper de la gestion des médicaments, la prévention des chutes et des plaies, la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, l'instauration de programmes de soins spécialisés et d'accompagnement efficaces et efficaces pour les personnes âgées en fin de vie et leurs proches (Voyer, Cyr, Gaudreault & Viens, 2013).

Pour être compétent dans le rôle de gestionnaire des soins, l'infirmière autorisée doit posséder des connaissances en gestion et les compétences nécessaires pour prendre des décisions concernant les priorités de soins, de déléguer certains aspects des soins infirmiers, d'utiliser efficacement le temps et les ressources, et de savoir quand demander de l'aide (Voyer, 2013). Afin de soutenir ces connaissances, elle doit démontrer une compréhension des principes de gestion reliés aux patients/clients, de la communication efficace et de la délégation de responsabilités vers les autres membres de l'équipe de soins en respectant les paramètres juridiques de la pratique infirmière et les rôles de chacun (Guinchard & coll., 2012). Travailler dans un milieu de SLD n'est donc pas une sinécure, il faut des qualités spéciales et des compétences spécifiques.

5.2 Expérience

D'après les résultats, les étudiantes finissantes en sciences infirmières veulent essentiellement pratiquer l'ensemble de ce qu'elles ont appris sous supervision clinique

et avec un encadrement semblable à ce qu'elles avaient eu dans leur formation. La situation s'explique en sachant qu'elles ont reçu une formation de généraliste en soins infirmiers telle qu'attendue et reconnue de l'Association canadienne des écoles en sciences infirmières pour entrer sur le marché du travail (ACESI, 2015b : 5).

À la suite de cette formation, c'est principalement le marché du travail qui fait, avec le temps, que des infirmières autorisées deviennent des spécialistes dans leur unité, par exemple : en oncologie, en médecine, en chirurgie, en cardiologie, en psychiatrie et en pédiatrie (AIIC, 2016). En effet, l'AIIC précise sur son site web, qu'une infirmière autorisée peut demander d'être certifiée pour sa spécialité si elle se conforme à toutes les exigences. Une exigence est d'avoir un minimum de deux (2) ans à temps plein dans un domaine spécifique (site web AIIC).

Avec le rôle qu'ils attendent de l'IA, les milieux de SLD devraient plutôt rechercher des spécialistes dans deux domaines : gériatrie et gestion (Voyer, 2013). Malgré tout, ces milieux embauchent des infirmières autorisées de niveau généraliste qui acceptent de s'accommoder à leur type de structure organisationnelle, habituellement sans aucune aide. Cette situation explique les propos des étudiantes participantes sur leur perception que le milieu des soins aigus permet davantage de pratiquer des soins directs au chevet du patient/client que le milieu des SLD (Duchscher, 2009; Pearcey & Draper, 2008).

Comme le milieu des soins de longue durée ne leur propose pas le type d'expériences qu'elles recherchent tant, elles ne voient pas l'intérêt à y aller alors qu'elles débutent dans la profession. De plus, le milieu des soins aigus permet aux débutantes de la profession d'être en relation continue avec des collègues et d'autres

professionnels de la santé (Duchscher, 2009). Alors que dans le milieu de SLD, il n'y a pas vraiment de soutien de l'entourage dans les expériences cliniques. Une rupture abrupte se fait donc jour entre le milieu de formation où elles ont reçu un enseignement formel d'expériences et les SLD où le développement des infirmières devrait se continuer.

En SLD, les étudiantes participantes ne se sentent pas encore prêtes à faire un travail de gestion où elles seront en charge d'une équipe (Fréchette & coll., 2013). Elles ont peur de ne pas être crédibles pour assumer ce rôle parce qu'elles n'ont pas d'expériences théoriques et pratiques de ce type de travail. Elles ressentent de la crainte devant les responsabilités qu'occasionne l'état de santé des personnes âgées et fragiles qui se trouvent en SLD (Flöjt, Le Hir & Rosengren, 2014). Elles ont besoin de prendre de l'expérience pour développer leur crédibilité professionnelle, leur leadership en ayant suffisamment de compétences pour le faire (McGilton & coll., 2013).

De plus, les infirmières autorisées doivent avoir des compétences supplémentaires qui nécessitent l'utilisation de nombreux savoirs. Elles s'occupent des évaluations de la clientèle, de l'organisation du travail, de la planification des soins, des horaires, des visites des médecins et de la consignation aux dossiers (Guinchard & coll., 2012). Les infirmières autorisées ne travaillent pas seules en SLD, elles supervisent habituellement une équipe composée d'infirmières auxiliaires et d'aides-soignants (Voyer, Cyr, Gaudreault & Viens, 2013).

Il est peu fréquent que les infirmières assument des soins de base des résidents et qu'elles assurent la médication au cours du repas (McGilton & coll., 2013). Les infirmières auxiliaires autorisées prennent maintenant la majorité des soins (McGilton &

coll., 2013) au niveau de la peau et des plaies, administrent les médicaments, veillent à l'alimentation par sonde, effectuent les soins pour des stomies et procurent l'assistance respiratoire. Les préposés s'occupent généralement des soins de base comme l'hygiène des résidents et les aident à aller à la toilette, à s'habiller et à s'alimenter (OLTCA, 2014). Les infirmières autorisées travaillent davantage à la prise en charge globale de la clientèle souvent très âgée, fragilisée par une lourde perte d'autonomie et souffrant souvent de démence, par la préparation du plan de soins et les rencontres avec la famille (Choinière, 2010).

Les étudiantes finissantes réalisent qu'elles ne correspondent pas au profil attendu dans les SLD, cette situation les insécurise (Flöjt & coll., 2014). Il n'est donc pas réaliste pour elles alors qu'elles sortent à peine de leur formation universitaire de jouer le rôle attendu envers la supervision et l'encadrement d'une équipe de soins (Guinchard & coll., 2012). Voyer (2013) mentionne qu'il serait fort préférable que les IA obtiennent une formation supplémentaire en gestion afin d'être bien préparées au défi qui les attend dans les milieux de soins de longue durée. Ce qui va dans le même sens que Karlstedt, Wadensten, Fagerberg & Pöder (2015), ils ont trouvé que les infirmières qui se sentent plus à l'aise et compétentes de travailler avec cette clientèle sont celles qui ont poursuivi des études plus avancées après leur formation initiale afin de pouvoir répondre aux besoins de cette clientèle ainsi qu'aux attentes des milieux de soins.

Si comme Voyer (2013), Karlsson, Ekman et Fagerberg (2009) trouvent qu'une formation de généraliste n'est pas suffisante pour permettre de développer toutes les qualités nécessaires pour être une infirmière autorisée compétente dans ces milieux, Shipman (2009) n'en est pas convaincue. S'il est vrai qu'il faut augmenter le contenu en

gérontologie durant la formation de base des infirmières autorisées, il est difficile de déterminer jusqu'à quel point il faut l'augmenter afin que ce soit efficace (Voyer, 2013; Shipman, 2009).

Pour les IA qui sont déjà en poste dans les SLD, il faudrait s'assurer qu'elles puissent avoir accès à de la formation continue en cours d'emploi (Karlsson & coll., 2009; Shipman, 2009). Shipman (2009) croit qu'il est plutôt nécessaire que les programmes de formation préparent mieux les étudiantes à ce défi en permettant à toutes les étudiantes en fin de programme d'aller passer du temps de stage dans ces milieux afin de comprendre qu'elle est le rôle de l'infirmière autorisée. Effectivement, plusieurs participantes se questionnaient par rapport à ce rôle, car elles avaient peu eu l'occasion de rencontrer l'infirmière autorisée lors de leur stage.

Ainsi, Mezey, Mitty et Burger (2009) mentionnent que le potentiel d'expérience que les milieux de SLD peuvent offrir est mal évalué, car malheureusement, ils sont utilisés principalement pour développer les habiletés au niveau des soins de base lors des études en sciences infirmières. Cette façon de procéder ne démontre pas le niveau de soins et la complexité de la tâche qui y attend les infirmières autorisées.

Price (2009) affirme qu'il est donc important que les milieux fournissent une expérience réaliste du travail attendu des infirmières autorisées alors qu'elles sont aux études afin de pouvoir les recruter lorsqu'elles auront terminé leur formation. Il y a là matière à réfléchir, car c'est effectivement surtout pour y faire développer des compétences en soins de base que les milieux de soins de longue durée sont majoritairement utilisés; il y a un grand écart entre l'utilisation qui en est faite et le rôle

attendu d'une IA qui y pratique (Robinson, Andrews-Hall, Cubit, Fassett, Venter, Menzies & Jongeling, 2008).

Il faudrait donc que les programmes de formation pensent plutôt à utiliser ce type de milieux pour faire connaître d'autres facettes du travail d'une infirmière autorisée alors que les étudiantes sont à la fin de leur programme d'étude pour voir le réel travail de l'IA, mais aussi les responsabilités qui y sont rattachées (Mezey & coll., 2009). Il est réaliste de penser que le fait de côtoyer une infirmière autorisée dans son quotidien pourrait permettre à l'étudiante de la voir comme un modèle à suivre, chose qui profiterait à la future infirmière autorisée du niveau novice (Benner, 2001, 1995) et souscrirait à défaire les préjugés entretenus envers ce milieu (Sylvain & coll., 2014).

En effet, les SLD sont perçus négativement par la société et présentés comme n'offrant pas une bonne qualité de soins (Guinchard & coll., 2012). Il est donc normal qu'ils aient des difficultés de recrutement. Qui veut travailler dans un milieu de moindre qualité? Il y a donc du travail à faire de ce côté.

Il faut réaliser que ces milieux nécessitent souvent d'importants ajustements pour faire face aux défis d'une clientèle plus lourde en termes de besoins et de complexité et qu'ils ont peu d'équipement pour satisfaire les besoins de la clientèle (CMA, 2015). Ceci n'est guère attrayant pour les futures infirmières autorisées qui aiment l'aspect technique de la profession au plus haut point. Aussi, ça donne l'impression que les soins qui y sont donnés sont de moindres importances donc de moindres qualités (Guinchard & coll., 2012). Qui a le goût de travailler dans ces conditions?

Entre l'hôpital rempli d'équipements modernes ainsi que de la dernière technologie et les soins de longue durée, où parfois même trouver un thermomètre est

difficile, quel milieu attirera les nouvelles infirmières autorisées? La réponse est évidente. Il est donc essentiel que les décideurs au niveau gouvernemental injectent des fonds dans ces milieux de soins et qu'ils le fassent rapidement (Sinha & coll., 2015).

Comme dans les milieux de soins de longue durée, la majorité de la clientèle présente une forme de démence entraînant des problèmes de communication (OLTCA, 2014), il est difficile de répondre au besoin exprimé par les futures infirmières autorisées d'obtenir une rétroaction verbale. De plus, cette clientèle présente des différences majeures entre les personnes qui la composent; certains sont partiellement autonomes, d'autres complètement dépendants et entre les deux, les besoins de soins très variables (OLTCA, 2014).

Aussi, plus les personnes âgées avancent en âge et plus elles risquent de développer des problèmes de santé chronique et débilitant (OLTCA, 2014). C'est donc une clientèle qui a de nombreux besoins dus à ses diverses pathologies chroniques et qui peut avoir une détérioration rapide de son état général si elle présente un problème aigu (Voyer, 2013); ce qui peut effrayer une novice.

Guinchard et ses collègues (2012) indiquent que lorsqu'elles sont questionnées, les infirmières autorisées travaillant déjà dans ces milieux trouvent qu'il y a un certain profil d'infirmière autorisée qui serait à rechercher pour attirer du personnel. Ce profil est celui d'une infirmière expérimentée, possédant de l'expérience dans des milieux variés, capable de travailler de façon autonome et de prendre des décisions. Si les infirmières autorisées qui possèdent de l'expérience dans ce type de milieu croient que ce profil qui est le plus garant d'offrir des soins de qualité et sécuritaires à la population des personnes âgées et fragiles, il semble donc normal que les futures infirmières

autorisées qui entrent sur le marché du travail ne convoitent pas ce milieu, elles réalisent qu'elles ne correspondent pas au profil.

Pourtant, les personnes âgées des milieux de soins de longue durée ont besoin de l'expérience d'infirmières autorisées de niveau experte en termes de compétences selon Benner (1995), compte tenu de la complexité et la variabilité de leurs besoins et leur état de santé (Voyer, 2013). Les SLD sont un milieu de vie avec des soins de plus en plus complexes qui nécessitent une vision particulière face à une clientèle hétérogène, souvent en fin de vie (OLTCA, 2014; Voyer, 2013). Il faut revoir l'organisation du milieu qui n'est pas prêt à accueillir les nouvelles infirmières autorisées lorsqu'elles commencent leur carrière. Le milieu doit mettre en place un système de soutien pour qu'elles puissent développer leur pleine compétence comme il y a en place dans les milieux aigus. Dans ce dernier milieu, les nouvelles IA sont bien accueillies et elles peuvent progresser à leur rythme dans les stades de Benner. Dans ce milieu, il ne viendrait jamais à l'idée d'un administrateur de placer la nouvelle recrue dans un poste d'infirmière-chef dès le départ. Pourquoi alors les milieux de SLD le font-ils? En créant une pression trop forte sur les nouvelles venues dans la profession, les milieux les rebutent plus qu'autres choses en leur faisant sentir leur manque de compétence tout autant que leur manque d'expérience (Gottlieb, 2014).

CONCLUSION

À la fin d'un programme de formation, en arrivant tout juste sur le marché du travail, il est normal que les nouvelles infirmières autorisées ne se sentent pas suffisamment compétentes pour aller dans tous les milieux de soins et pour s'occuper des différentes clientèles (Benner, 2001, 1995). Elles ont l'impression que le défi est trop grand. Avant d'être prêtes à relever le défi proposé par les milieux de soins de longue durée, les étudiantes finissantes d'aujourd'hui désirent prendre de l'expérience hospitalière afin de développer plus en profondeur leur niveau de compétence.

Ainsi, la réponse à la question de recherche qui était de savoir en quoi le marché du travail, le cadre de formation, le vieillissement et la pénurie d'infirmières autorisées interféraient sur le choix des étudiantes en sciences infirmières d'œuvrer auprès des personnes âgées en milieu de soins de longue durée de mieux est définitivement le marché du travail. Afin de comprendre les facteurs qui ont influencé, et qui influent encore actuellement, les étudiantes en sciences infirmières à s'orienter dans le milieu des SLD pour y travailler auprès de cette clientèle âgée, il faut reconnaître que si les infirmières autorisées qui débutent leur carrière aiment les personnes âgées, elles désirent ardemment aller vers le milieu des soins aigus qui leur présente une grande diversité au niveau des spécialités de soins et de la clientèle (Dallaire, 2008); ceci afin de répondre à leur besoin de bien asseoir leur niveau de compétences. Aussi, à cet endroit, il y a un grand nombre de collègues de la profession (ACESI, 2015b), qui peuvent leur offrir le soutien désiré lorsqu'elles commencent leur carrière (Benner, 2001, 1995). Ce

milieu est plus attrayant par les possibilités multiples qu'il offre et le fait qu'elles puissent offrir des soins directs à la clientèle, car elles désirent être au chevet du patient/client (McGilton & coll., 2013).

Elles ne se voient pas travailler en SLD; un milieu de pratique qui est peu propice, selon elles, au développement de toutes leurs compétences infirmières. C'est ce milieu précis qui est en cause dans leur décision. Les jeunes infirmières autorisées, qui sont embauchées dans ces milieux dès la fin de formation, n'ont pas l'occasion de faire autant de liens entre les notions théoriques apprises pendant leur formation et les diverses situations cliniques. En effet, pour faire des liens et s'assurer qu'ils sont bons, elles ont besoin de rétroaction de leurs pairs (Benner, 2001, 1995). Comme dans les milieux de SLD, il y a fréquemment des situations de crise (chutes, changement de l'état de santé des patients/clients, etc.), il est difficile pour elles de les prévenir ou les gérer avec peu d'expériences (Voyer, 2013; Guinchard & coll., 2012). Le peu d'expériences acquises dans le passé contribue à la difficulté à prendre des décisions, à établir des priorités de soins et à trier les informations pertinentes. Il leur faut un certain temps pour réagir en toute efficacité aux situations (Benner, 2001, 1995).

Les infirmières autorisées en SLD représentent la personne-ressource ultime de l'équipe et elles sont toutes seules sans mentor pour les conseiller (Voyer, 2013). Elles doivent développer rapidement la communication, la gestion des problématiques de santé et le partenariat avec les membres de l'équipe dès leur embauche. Si elles sont novices comme infirmière autorisée et gestionnaire en plus, elles ont deux défis importants à relever : combler l'écart entre les niveaux de compétence le plus rapidement possible et acquérir rapidement des notions de gestion afin de travailler

efficacement avec les équipes soignantes. Le défi ainsi présenté par le milieu est trop élevé pour de nouvelles IA et elles préfèrent l'éviter (Gottlieb, 2014). Pour y parvenir, il leur faudrait de la formation supplémentaire ainsi qu'un encadrement réel et rassurant, chose qui n'est pas courante dans ce type de milieu.

Certaines limites à cette recherche sont reconnues comme le nombre peu élevé de participantes et le milieu où la recherche a été effectuée. En effet, le petit nombre de participantes fait qu'il peut être discutable si ce nombre est représentatif réellement de la majorité des cohortes d'étudiantes. Par contre, en phénoménologie, c'est la saturation des données qui importe et elle a été atteinte avec le nombre de participantes de l'étude. Aussi, le fait que l'étude ait eu lieu dans le nord de l'Ontario, tout comme le fait qu'il n'y avait pas de participant de sexe masculin ou de culture différente fait qu'il est possible que des étudiantes provenant d'autres secteurs de la province, ou de sexe masculin, tout comme de culture différente, puissent avoir vécu des expériences différentes. Il n'en demeure pas moins que l'expérience étudiée ici représente celle d'une cohorte précise dont l'expérience vécue et relatée a autant d'importance que n'importe quelle autre expérience humaine puisque très peu d'études sur le phénomène avaient été recensées. C'est pour ces raisons que les résultats obtenus sont tout de même intéressants et transférables à d'autres types de population, car les notions de compétence et d'expérience sont communes dans le monde de l'éducation. En effet, chaque finissant d'un programme d'études professionnelles veut être compétent et acquérir de l'expérience, deux notions qui sont reliées (Le Boterf, 2011). Ainsi, il est important de tenir compte de ces besoins afin d'apporter une ou des solutions à la

problématique de pénurie d'infirmières autorisées dans les SLD et du vieillissement de la population canadienne.

Il y a plusieurs recommandations qui pourraient aider à résoudre partiellement ou même complètement la situation. Premièrement, Voyer (2013) préconise qu'il faille modifier la formation de base en sciences infirmières en ajoutant plus de cours théoriques et d'expériences en gériatrie à tous les programmes de sciences infirmières. Deuxièmement, Karlstedt et ses collaborateurs (2015) suggèrent une formation supplémentaire après la fin du baccalauréat en sciences infirmières, comme un certificat en gestion des établissements de SLD d'un an viendrait compléter les programmes existants (Guinchard & coll., 2012). Ainsi, les étudiantes finissantes et les jeunes infirmières déjà dans le milieu pourraient suivre la formation à temps partiel, ou à plein temps afin de développer cette compétence. Troisièmement, chaque milieu de SLD devrait avoir une infirmière clinicienne spécialisée ou un mentor qui pourrait accompagner les infirmières autorisées novices au cours de leurs deux premières années de carrière (McGuilton & coll., 2013) où jusqu'à ce qu'elles se sentent à l'aise dans leur fonction. Avec ce soutien précieux, elles obtiendraient des conseils pour différentes situations et plus particulièrement, les situations de crise. Quatrièmement, une formation continue en gestion ayant des cours théoriques et des applications pratiques devrait être dispensée directement par les milieux de SLD et ce, dès le début de l'embauche d'une infirmière autorisée. Cinquièmement, la réorganisation du milieu de SLD devrait être envisagée puisqu'il ne correspond pas aux besoins des futures infirmières autorisées (Guinchard & coll., 2012).

Ces milieux doivent revoir leurs façons de faire qui ne correspondent plus à leur nouvelle réalité. Comme les infirmières autorisées qui débutent veulent être auprès du patient/client pour donner des soins directs, ces milieux pourraient les laisser exercer au chevet au début et s'en éloigner graduellement pour les amener au rôle de gestion qui leur est demandé. Les futures IA ont besoin de démontrer du leadership (CPIS, 2010) à l'heure du vieillissement de la population, car les soins aux personnes âgées représentent une part sans cesse croissante de l'activité des soignants. Chaque personne doit avoir accès à la même qualité de soins tout au long de son continuum de vie, de la naissance à la mort. Les milieux de SLD fournissent des soins de plus en plus complexes et spécialisés à une clientèle hétérogène, souvent en fin de vie. C'est tout un véritable défi pour de jeunes infirmières autorisées. Les SLD sont maintenant une nouvelle spécialité qui a de multiples facettes et qu'il faut promouvoir et développer (Voyer, 2013); les infirmières autorisées doivent être créatives et dynamiques pour la faire évoluer et y prendre leur place.

Comme pistes de recherche futures, il faudrait interroger les infirmières autorisées des milieux de SLD afin d'avoir leur avis sur les problèmes, les préoccupations et les obstacles qu'elles ont rencontrés depuis leur embauche. Examiner avec elles leur travail quotidien pour évaluer la part de temps qu'elles consacrent aux problématiques de la clientèle observée sur le terrain et celle qui se rapporte à la gestion. Les questionner aussi sur ce qu'elles ajouteraient au contenu d'un programme de baccalauréat de base en sciences infirmières pour davantage les aider et intéresser de futures infirmières autorisées à se diriger vers les SLD. Une recherche du type de celle que Guinchard et ses collaborateurs, comparant le Québec et la France au niveau des

facteurs de rétention dans les SLD, pourrait être réalisée pour comparer si les facteurs sont les mêmes en Ontario. Il serait intéressant d'adopter les recommandations des stades de compétences de Benner (2001, 1995) dans les milieux de SLD pour voir si le fait de tenir compte du niveau où se trouve l'infirmière autorisée pour lui assigner un rôle et la laisser développer ses compétences en suivant la progression démontrée dans le modèle, permettrait d'obtenir des professionnelles de la santé pleinement compétentes et satisfaites de l'expérience offerte.

Le milieu des SLD est un milieu unique, une spécialité, qui n'est pas encore reconnue comme telle. Afin de donner de réels soins de qualité aux personnes âgées dans ces milieux, des changements sont plus que nécessaires.

RÉFÉRENCES

- Abbey, J., Abbey, B., Bridges, P., Elder, R., Lemcke, P., Liddle, J. & Thornton, R.
(2006). Clinical Placements in Residential Aged Care Facilities The Impact on
Nursing Students' Perception of Aged Care and the Effect on Career Plans.
Australian Journal of Advanced Nursing, 23(4), 14 – 19.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI]. (2014).
*Compétences en santé publique pour accéder à la pratique en vue de la formation
en sciences infirmières de premier cycle*. Ottawa, ON : Auteur.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI]. (2015a).
Statistiques sur la formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada 2013-2014.
Ottawa, ON : Auteur.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières [ACESI]. (2015b). *Cadre
national de l'ACESI sur la formation infirmière rapport final*. Ottawa, ON :
Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2006). *Vers 2020 : Visions
pour les soins infirmiers*. Ottawa, ON : Auteur
- Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2009). *Solutions éprouvées
à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa, ON :
Auteur

- Avet, S., Chambraud, V., de Goussencourt, C., Richauvet, N., Segué, Y. & Perrot, S. (2007). *Gériatrie compétences et rôles infirmiers*. Collection IFSI Med-Line, Paris, France : Éditions MED-LINE.
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *La méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Beaufils, B. (2007). Du découpage de la vie à l'âgisme. *Sciences Sociales et Santé*, 25(3), 107 – 110.
- Bee, H. & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie*, 4^e édition. Montréal : QC : ERPI.
- Benner, P. (1995). *De novice à experte*. Paris, France : ERPI
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert*. New Jersey, USA : Prentice Hall Health.
- Benoit, M., Lavoie A. M. & Dragon, J. (2015). Une approche collaborative interprofessionnelle pour réduire les cas d'abus ou de négligence (maltraitance) en centre d'hébergement pour personnes âgées : l'exigence d'une formation et professionnalisation du travail des préposés aux soins. *Aporia*, 7(2), 5 – 13.
- Bouchard, L., Makvandi, E., Sedigh, G. & Van Kemenade, S. (2014). *Les aînés francophones en Ontario : Un portrait de santé*. Ottawa, ON : RRASFO.
- Canadian Healthcare Association. (2009). *New Directions for Facility-Based Long Term Care*. Ottawa, ON: Auteur

- Canadian Life and Health Insurance Association Inc. [CLHIA]. (2012). *Report on Long-Term Care Policy Improving the Accessibility, Quality and Sustainability of Long-Term Care in Canada*. Toronto, ON: Auteur.
- Carstairs, S. & Keon, W.J. (2009). *Le vieillissement de la population un phénomène à valoriser, Rapport final*. Ottawa, ON : Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.
- Centre d'accès aux soins communautaires du Nord-Est [CASC du Nord-Est]. (n d.). *Guide des placements dans les foyers de soins de longue durée du Nord-Est*. Sudbury, ON : Auteur
- Chen, S. & Walsh, S.M. (2009). Effect of a Creative-Bonding Intervention on Taiwanese Nursing Students' Self-Transcendence and Attitudes Toward Elders. *Research in Nursing & Health*, 32, 204 – 216.
- Chesser-Smyth, P. A., & Long, T. (2013). Understanding the influences on self-confidence among first-year undergraduate nursing students in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 145 – 157.
- Chiarella, M., Thoms, D., Lau, C. & McInnes, E. (2008). An overview of the competency movement in nursing and midwifery. *Collegian Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 15(2), 45 – 53.

- Choinière, R. (2010). *Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Montréal, QC: Institut national de santé publique du Québec.
- College of Nurses of Ontario [CNO]. (2014). *New Members in the General Class 2013*. Toronto, ON : Auteur.
- College of Nurses of Ontario [CNO]. (2015). *Membership Statistics Highlights*. Toronto, ON : Auteur.
- Commission ontarienne des droits de la personne. (2001). *Mémoire*. Toronto, ON : Auteur.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa, ON : Auteur.
- Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. (2010). *Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario*. Toronto, ON : Profession Santé Ontario.
- Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé [CPIS]. (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver, CB : Sa Majesté la Reine du chef du Canada.
- Creasey, G., & Kaliher, G. (1994). Age differences in grandchildren's perceptions of relations with grandparents. *Journal of Adolescence*, 17(5), 411 – 426.

- Dallaire, C. (dir.). (2008). *Le savoir infirmier- Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal, QC : gaëtan morin éditeur.
- Dartigues, A. (1972). *Qu'est-ce que la phénoménologie?* Toulouse, France : Privat Éditeur.
- Davis, R., Beel-Bates, C. & Jensen, S. (2008). The Longitudinal Elder Initiative Helping Students Learn to Care for Older Adults. *Journal of Nursing Education*, 47(4), 179 – 182.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal, PQ : Guérin Universitaire.
- Deslauriers, J.-P. & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (Dir.). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.341-364). Montréal, QC : gaëtan morin.
- Dewar, B. & Nolan, M. (2013). Caring about caring Developing a model to implement compassionate relationship centred care in an older people care setting. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1247 – 1258.
- Duschescher, J.E.B. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103–1113.

Estabrooks, C.A., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K.L., & Giovannetti, P. (2005).

The Impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2), 74 – 84.

Fagerberg, I. & Ekman, S.L. (1997). First-Year Swedish Nursing Students' Experience with Elderly Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 19(2), 177 – 189.

Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001). Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 229 – 236.

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII]. (2012b).

Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Ottawa, ON : Auteur.

Flöjt, J., Le Hir, U., & Rosengren, K. (2014). Need for Preparedness Nurses'

Experiences of Competence in Home Health Care. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4) 223–229.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FRCSS]. (2011). À bas

les mythes – fiche informative, février : Auteur.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FRCSS]. (2014). *La*

main d'œuvre infirmière - fiche informative, juillet : Auteur.

Fondation communautaire de Sudbury. (2011). *Signes vitaux du Grand Sudbury*.

Sudbury, Ontario : Auteur.

- Fortin, M.-F. (2016). *Fondements et étapes du processus de la recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, 3^e édition. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Fréchette, J., Bourbis, A. & Stachura, M. (2013). The Organizational Attraction of Nursing Graduate. *The Health Care Manager*, 32(4), 303–313.
- Giorgi, A. (1997). De la méthodologie phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. Dans J. Poupard, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (Dir.). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.341-364). Montréal, QC : gaëtan morin.
- Gottlieb, L.N. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces - La santé et la guérison de la personne et de la famille*, Saint-Laurent, QC : ERPI.
- Gouvernement du Canada. (2014). *Mesures destinées aux aînés (rapport)*. Ottawa, ON : Sa Majesté la Reine du chef du Canada.
- Guinchard, B., Sylvain, H., Ouellet, N. & Viens Python, N. (2012). *Soigner les personnes âgées Facteurs de d'attractivité et de rétention des infirmières*. Rapport de recherche. LASER, Rimouski, QC : UQAR.
- Happell, B., Dip, E. & Brooker, J. (2001). Who will look after my grandmother ? Attitudes of Student Nurses Toward the Care of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 12-17.

Harris, A. & McGillis Hall, L. (2012). *Données probantes pour éclairer le processus décisionnel de la composition du personnel recherche documentaire thématique.*

Ottawa, ON : AIIC.

Horn, S., Buerhaus, P., Bergstrom, N. & Simout, R. (2005). RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. *AJN*, 105(11). 58 – 70.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2008). *Ch.1 les infirmières réglementées au Canada.* Ottawa, ON : Auteur.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2010). *Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits.* Ottawa, ON : Auteur.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2011a). *Les personnes âgées et le système de santé quelles sont les répercussions des multiples affections chroniques.* Ottawa, ON : Auteur.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2011b). *Les soins de santé au Canada 2011 Regard sur les personnes âgées et le vieillissement.* Ottawa, ON : Auteur.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2013). *Vivre dans un centre de soins infirmiers - évaluation de la qualité des centres de soins infirmiers au Canada.* Ottawa, ON : Auteur.

- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2015). *Le personnel infirmier réglementé 2014 - Rapport de juin 2015*. Ottawa, ON : Auteur.
- Institut C. D. Howe Institute. (2012). *Long-Term Care for the Elderly Challenges and Policy Options - Commentary 367*. Toronto, ON: Auteur.
- Institut de la statistique Québec. (2015). *Tableau statistique: Population, Québec et Canada, 1851-2015*, consulté en ligne le 25 novembre 2015:
<http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/structure/102.htm>
- Karlsson, I., Ekman, S.L. & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home – some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 265 – 273.
- Karlstedt, M., Wadensten, B., Fagerberg, I. & Pöder, U. (2015) Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 307 – 316.
- Le Boterf, G. (2011). Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable. *Éducation permanente*, n° 188/2011-3, 97 – 112.
- Le Conference Board du Canada. (2015). *Mesures en matière de politique fédérale visant à répondre aux besoins de santé de la population vieillissante du Canada*. Ottawa, ON : Auteur.

Léonard, A. (2011). *Les changements démographiques au Canada*. Ottawa, ON :
Bibliothèque du Parlement.

Lima, S., Newall, F., Kinney, S., Jordan, H.L. & Hamilton, B. (2014). How competent
are they? Graduate nurses self-assessment of competence at the start of their
careers. *Collegian*, 21(4), 353-358.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., Beck, C. T. (2007). *Méthodes de
recherche en soins infirmiers : approches quantitatives et qualitatives*. Montréal,
QC : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.

Marshall, C., & Rossman, G. B. (2011). *Designing qualitative research*, 5th edition.
Thousand Oaks, USA: Sage Publications.

Markle-Reid, M., Browne, G. & Roberts, J. (1998). Home care: client characteristics and
patterns of service utilization predictive of acute hospitalization. *Canadian
Journal of Rehabilitation*, 12(1), 39 – 48.

Maurier, W.L. & Northcott, H.C. (2000). *Aging in Ontario- Diversity in the New
Millennium*. Calgary, AB: Detselig Enterprises Ltd.

McGilton, K., Tourangeau, A., Kavic, C. & Wodchis, W. (2013). Determinants of
regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *Journal of Nursing
Management*, 21, 771–781.

- McGrath, P., Anastasi, J., Fox-Young, S., Gorman, D., Moxham, L., & Tollefson, J. (2006). Collaborative voices: Ongoing reflections on nursing competencies. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 22(1), 46 – 58.
- McPherson, B.D. (2004). *Aging as a Social Process Canadian Perspectives* 4th ed., Don Mills, ON: Oxford University Press.
- Meretoja, R., Numminen, O., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2015) Nurse competence between three generational nurse cohorts. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 350–358.
- Mezey, M., Mitty, E. & Burger, S.G. (2009). Nursing Homes as a Clinical Site for Training Geriatric Health Care Professionals. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(3), 196 – 203.
- Ministère de la justice du Gouvernement du Canada. (2015). *Définitions juridiques de la négligence et des mauvais traitements envers les aînés*, consulté en ligne le 3 janvier 2016 : <http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/aines-elder/def/p23.html>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2015). *Priorité aux patients Plan d'action en matière de soins de santé*. Toronto, ON :Auteur.
- Ministère des Finances. (2014). *Projections démographiques pour l'Ontario 2013-2041*. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Morse, J. (2012). *Qualitative Health Reserch Creating a New Discipline*. Walnut Creek, USA : Left Coast Press Inc.

Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. Dans C. Royer, & C. Baribeau, Recherches qualitatives et production de savoirs, *Recherches qualitatives Hors-série « Les Actes »*, 1, 41 – 60.

Ojeda BS, Creutzberg M, Feoli AMP, Melo DS, Corbellini VL. (2009). Nursing, nutrition and physiotherapy students: career choice. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(3):396 – 402.

Ontario Long Term Care Association. [OLTA]. (2014). *This is Long-Term Care 2014*. Markham, ON: Auteur.

Ontario Long Term Care Association [OLTA]. (2015). *Pre-Budget Submission to the Ontario Govenment 2015-2016*. Markham, ON: Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO]. (2011). *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*. Toronto, ON : Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO]. (2014). *Compétences essentielles à l'exercice de l'infirmière autorisée débutante*. Toronto, ON : Auteur.

Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé – Résumé*. Genève, Suisse : Éditions de l'OMS.

- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, 3^e édition. Paris, France : Armand Colin Éditeur.
- Paquette-Desjardins, D., Sauvé, J. & Pugnaire Gros, C. (2015). *Modèle McGill - Une approche collaborative en soins infirmier*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Pearcey, P. & Draper, P. (2008). Exploring clinical nursing experiences: Listening to student nurses. *Nurse Education Today*, 28(5), 595–601.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*, 3^e édition. Saint-Laurent, QC : Chenelière Éducation.
- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2010). *Soins infirmiers – Fondements généraux*, 3e edition. Saint-Laurent, QC : Chenelière Éducation.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A.P. Pires (Dir.). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp.173-206). Montréal, QC : gaëtan morin.
- Prevost, C., Kpazaï, G. & Attiklemé, K. (2015). Perceived Importance of Professional Competencies for Admission to the College of Kinesiologists of Ontario. *International Journal of Kinesiology & Sports Science*, 3(2), 30 – 43.

- Price, S.L. (2009). Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 11–19.
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2015). *Registered Nurse-Nurse Practitioner Workforce Background*. Toronto, ON: Auteur.
- Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est [RLISS Nord-Est]. (2014) *Rapport annuel 2013-2014*. Sudbury, ON : Auteur.
- Richard, L. & Morse, J.M. (2007). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*, 2nd edition. Thousand Oaks, USA : Sage Publications.
- Robinson, A., Andrews-Hall, S., Cubit, K., Fassett, M., Venter, L., Menzies, B., & Jongeling, L. (2008). Attracting students to aged care: The impact of a supportive orientation. *Nurse Education Today*, 28(3), 354-362.
- Rollin, F. (1967). *La phénoménologie au départ : Husserl, Heidegger, Gaboriau*. Paris, France : P. Lethielleux éditeur.
- Salanskis, J.M. (2003). *Herméneutique et cognition*. Lille, France : Presses Universitaires du Septentrion.
- Shipman, K. (2009). *Influence of Gerontology Curriculum on Nursing Students' Perceptions of Aging* (Thèse de maîtrise inédite). Buffalo, USA : D'Youville College.

Sinha, S.K. (2012). *Vivre bien et plus longtemps - Stratégie ontarienne pour le bien-être des personnes âgées*. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Sinha, S.K., Anderson, G., Griffin, B. & Wong, I. (2015). *An Evidence-Informed National Seniors Strategy for Canada*. Toronto, ON: Auteurs.

Statistique Canada. (2011). *Mortalité : aperçu, 2007*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.

Statistique Canada. (2012). *La croissance démographique du Canada de 1851 à 2061*, No 98-310-X2011003. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.

Statistique Canada. (2015a). *Estimations de la population, Canada 2015*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.

Statistique Canada. (2015b). *Projections démographiques pour le Canada 2013 à 2063*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.

St-Jacques, S. & Dusseault, J. (2013). *La dotation du personnel dédié aux soins et à l'assistance aux résidents en centre d'hébergement : assurer une offre de qualité*. Québec, QC : CSSS de la Vieille-Capitale.

St-Pierre, L. (dir.). (2007). *Se former pour mieux superviser en sciences infirmières*, Montréal, QC : Beauchemin – Chenelière Éducation.

Stuart, C. (2013). *Mentoring, Learning and Assessment in Clinical Practice*, 3rd Edition. Philadelphia, USA: Churchill Livingstone, Elsevier.

- Suleman, F. et Paul, J.-J. (2007). Production et destruction de la compétence individuelle : le rôle de l'expérience professionnelle. *Revue européenne de formation professionnelle*, 40(1), 113 – 134.
- Sylvain, H., Ouellet, N., Guinchard B., & Viens Python, N. (2014). Mieux connaître pour attirer et garder en poste. *Recherche*, 11(2), 43 – 45.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Terraneo, F. & Avanzino, N. (2006). Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : Définitions et perspectives, *Recherche en soins infirmiers*, 87(4), 16 – 24.
- Therrien, D. & Dumas, L. (2007). La pensée critique et la démarche de soins infirmiers en stage. Dans St-Pierre, L. (dir.). (2007). *Se former pour mieux superviser en sciences infirmières*, Montréal, QC : Beauchemin – Chenelière Éducation.
- Torjman, S. (2013). *Financing Long-Term Care More Money in the Mix*. Ottawa, ON: Caledon Institute of Social Policy.
- Tourangeau A. E., Giovannetti, P., Tu, A.V., & Wood M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 71–88.
- Turcotte, M. & Schellenberg, G. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Ottawa, ON : Ministre de l'Industrie.

Van Campenhoudt, L. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. 4^e édition. Paris, France : Dunod.

Voyer, P. (dir.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2e édition. Saint-Laurent, QC : Édition du renouveau pédagogique Inc.

Voyer, P., Cyr, N., Gaudreault, A. & Viens, C. (2013). Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants. *La gérontoise*, 24(1), 16-22.

Wenner, M. (1988). *Comment et pourquoi devient-on infirmière ?* Paris, France : Lamarre-Poinat.

Wenner, M. (2006). *L'expérience infirmière : de la pratique des soins à la transmission des savoirs*. Paris, France : Seli Arslan

Autres sites web consultés:

Association des infirmières et infirmiers du Canada – Histoire
<https://cna-aiic.ca/en/about-cna/history>

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail – Fiche d'information sur l'infirmier/infirmière (autorisé), consulté le 8 janvier 2016
http://www.cchst.ca/oshanswers/occup_workplace/nurse.html

Conseil national des aînés
<http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/faq/index.shtml>

Dictionnaire Larousse, consulté le 2 mars 2016
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comp%C3%A9tence/17648>
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237?q=exp%C3%A9rience#32158>

Institut canadien d'information sur la santé – Espérance de vie, consulté le 9 janvier 2016

<http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr#!/indicateurs/011/esperance-de-vie-a-la-naissance;/mapC1;mapLevel2;overview;/>

Gouvernement du Canada – Mesures destinées aux aînés, consulté le 30 décembre 2015

<http://www.aines.gc.ca/fra/rapport/index.shtml>

Ministère de la justice du Canada

<http://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/vf-fv/aines-elder/def/p23.html>

Office des affaires francophones de l'Ontario, consulté le 15 novembre 2015

<http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats.html>, ainsi que

<http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats-agees-2009.html>

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec – Historique

<http://www.oiaq.org/fr/l-ordre/historique>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario – Critères d'admissibilité, consulté le 9 mars 2016

<http://www.cno.org/fr/inscrivez-vous-avec-le-college/criteres-dadmissibilite/>

Registered Practical Nurse Association of Ontario – History

<https://www.rpnao.org/about/history>

Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario

<http://www.seniors.gov.on.ca/fr/seniorsguide/>

Statistique Canada – Espérance de vie

<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/health26-fra.htm>

Statistique Canada – Population canadienne

<http://www.statcan.gc.ca/start-debut-fra.html>

Watson Caring Science Institute – Definitions, consulté le 2 mars 2016

<https://www.watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/>

Annexe I



PROJET DE RECHERCHE

Une étudiante de la maîtrise en Développement humain, de l'Université Laurentienne, Lynn Aubuchon, serait très heureuse que vous participiez à sa recherche dans le cadre de sa thèse de maîtrise. La recherche est effectuée dans le but de décrire l'expérience des finissantes du programme de Baccalauréat en sciences infirmières auprès de la clientèle des personnes âgées. Elle se déroulera sous forme d'entrevue individuelle d'environ deux (2) heures au cours de laquelle vous pourrez répondre librement à quelques questions tout en décrivant ce que vous avez vécu comme expérience et dire ce que vous pensez sur le sujet. Vous pourrez ainsi faire bénéficier la recherche de votre expérience. Grâce à vous, la chercheuse espère trouver des pistes de solution à la pénurie de main-d'œuvre infirmière désirant travailler avec la clientèle des soins prolongés. La recherche s'intitule :

L'Expérience des étudiantes francophones du Nord de l'Ontario de dernière année de formation du baccalauréat en sciences infirmières à l'égard des personnes âgées.

Si vous voulez participer au projet de recherche, vous n'avez qu'à contacter, Lynn Aubuchon, au numéro de téléphone cellulaire suivant : (705) ■■■-■■■ ou par courriel au : lx_aubuchon@laurentienne.ca

Annexe II



FORMULE DE CONSENTEMENT

Nom de la personne effectuant la recherche : Lynn Aubuchon, IA, bac. Sc. Inf.

Sous la direction de : Anne Marise Lavoie, Ph.D.

École des sciences infirmières

Je, _____, accepte de participer à cette entrevue individuelle, d'une durée d'environ deux (2) heures, portant sur l'expérience des étudiantes francophones de dernière année de formation du baccalauréat en sciences infirmières à l'égard des personnes âgées. Cette étude qui est menée par Lynn Aubuchon, dans le cadre de sa thèse de maîtrise en Développement humain, a pour but de décrire l'expérience des étudiantes finissantes afin de mieux comprendre le vécu des futures infirmières.

Je reconnais avoir été avisé(e) que je suis libre de me retirer de l'étude en tout temps en quittant le lieu, ou en refusant de répondre à certaines questions et ce, sans aucun préjudice. Puisque le fait de raconter mon expérience peut me faire vivre certaines émotions, je sais que je peux utiliser les services du Bureau de counselling et programmes de soutien de l'université pour m'aider à exprimer mes émotions si j'en ressens le besoin. Ces coordonnées sont : Bureau de counselling et programmes de soutien, Édifice R.D. Parker, Salle L-210, téléphone (705) 675-1151, poste 3211.

Je sais que la directrice de thèse de Mme Aubuchon est madame Anne Marise Lavoie, professeure en sciences infirmières, et confirme n'avoir subi aucune pression de la part de quiconque pour participer à cette recherche.

J'ai reçu l'assurance de Mme Aubuchon que l'information partagée restera strictement confidentielle. L'entrevue enregistrée sur des bandes sonores sera transcrite pour en analyser le contenu. Les bandes seront gardées sous clé pour une durée de deux ans et elles seront ensuite détruites.

Afin de préserver l'anonymat, le matériel recueilli lors de l'entrevue sera codé, c'est-à-dire que dans tous les documents, je serai représenté(e) sous un code chiffré. De cette façon, personne d'autre que la chercheuse ne pourra m'identifier. Dans la transcription de mon entrevue, mon nom sera remplacé par un chiffre. Cette transcription sera conservée par la chercheuse et mise à la disposition de sa directrice de thèse. Elle sera détruite après deux ans.

J'ai été avisé(e) que le fait de participer à cette étude peut permettre de mieux connaître le vécu des futures infirmières par l'analyse de leur expérience et ainsi donner la possibilité à la chercheuse de découvrir des pistes de solutions à la pénurie d'infirmières dans les milieux de soins prolongés.

Pour tout renseignement, je sais que je peux contacter en tout temps madame Lynn Aubuchon par courriel au : lx_aubuchon@laurentienne.ca ou par téléphone cellulaire au : (705) [REDACTED]. Si je désire une copie des résultats de cette recherche, je pourrai communiquer avec la chercheuse. Les résultats de cette recherche seront diffusés dans le cadre de la soutenance de thèse de la chercheuse prévue à l'automne [REDACTED] et ouverte au public donc si je désire y assister, j'ai demandé à madame Aubuchon de me

communiquer la date, heure et lieu de la soutenance et lui ai remis mes coordonnées pour me faire parvenir ces informations. J'ai été avisé(e) que les résultats seront disponibles en tout temps par la suite via l'adresse courriel de la chercheure mentionnée plus haut.

Pour toute question relevant de la déontologie, je peux communiquer avec monsieur Jean Dragon, responsable du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne par courriel au : JDragon@laurentian.ca ou par téléphone au : (705) 675-1151 poste 3213.

J'ai reçu une copie du formulaire de consentement pour mon usage personnel.

Signature: _____ Date: _____

Téléphone: _____

Annexe III



Laurentian University
Université Laurentienne

Research, Development &
Creativity Office
Bureau de la recherche,
du développement et de la créativité
Tél/Tel.: 705-675-1131, 2544
Fax/Téléc.: 705-671-3890

CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS

Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION	Nouvelle	X	Modifications au projet	Demande de prolongation
Num (s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) — École/ Département	Lynn Aubuchon (Développement Humain – LUL); Docteure Anne-Marise Lavoie (Directrice)			
Titre de la soumission	<i>L'Expérience des étudiantes francophones du Nord de l'Ontario de dernière année de formation du baccalauréat en sciences infirmières à l'égard des personnes âgées</i>			
Numéro de référence	2011-02-21			
Date de l'approbation originale	14 mars 2011			
Date d'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)				
Date du prochain rapport :	31 décembre 2011			
Condition(s) placée(s) sur le projet	Rapport final ou intérimaire au 31 décembre 2011			

Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de suivi annuel. Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du suivi annuel.

Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

Daniel Côté, Ph.D.
Président du Comité Éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne (CÉRUL)
Université Laurentienne

Annexe IV



Code de l'étudiant(e) : _____

- 1- Que pensez-vous des personnes âgées?
- 2- Dites-moi quelle est votre expérience auprès des personnes âgées?
- 3- Que pensez-vous de l'âgisme?
- 4- Que pensez-vous des pertes reliés au vieillissement?
- 5- Que pensez-vous du travail auprès des personnes âgées?
- 6- Dites-moi ce que vous retenez de votre expérience auprès des personnes âgées?

Âge : _____

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

État civil : Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En couple non marié(e) ☐

Ville d'origine : _____

Date : _____

Lieu de l'entrevue : _____